

## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e)

Nom : Prénom :

Demeurant:

Code postal : Ville :

Téléphone:

Autorise mon fils, ma fille

Nom: Prénom: Age :

à participer à

sous ma responsabilité : - Nom: - Prénom

ou sous la responsabilité de (lien de parenté avec les parents) :

- Nom : - Prénom :

demeurant à

En aucun cas l'enfant ne pratiquera les activités seul.

Recommandations des parents (médicales ou autres) :

L'enfant suit-il un traitement particulier ? Oui  joindre la prescription médicale non

Je, soussigné(e)

Nom: Prénom :

Père, mère, tuteur légal, autorise l'association CLAS SAUVIGNY LES BOIS sise 12 rue de la Banne - 58160 SAUVIGNY LES BOIS à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant mon enfant

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées.

Fait à : .....le : .....

Signature,  
(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

