

STAGE

Nom du stage

Catégorie

Lieu

Date(s)



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (*Prénom NOM*)

N° téléphone (où on peut vous joindre en cas d'urgence)

Représentant légal de (*Prénom NOM*) Né(e) le

- Autorise celui-ci à participer au stage décrit ci-dessus
- Autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisation, transfusion sanguine, interventions chirurgicales notamment) en fonction des éléments mentionnés dans l'encadré ci-dessous (précaution en matière de régime alimentaire et d'allergie notamment). Je serai de toute façon immédiatement contacté(e) au numéro renseigné.



- Autorise à filmer et à prendre des photos de mon enfant pendant ce stage pour une utilisation éventuelle à but non-lucratif.
- Certifie sur l'honneur récupérer mon enfant à la fin du stage.

et – ou

- Autorise celui-ci à rentrer par ses propres moyens si je n'étais pas présent.
- Autorise expressément (*Prénom NOM*) à venir récupérer mon enfant en fin de stage.

A, le

Signature

(Faire précéder la mention « Lu et Approuvé »)