

Autorisation parentale événement AJC



Nom de l'enfant mineur :

Prénom de l'enfant mineur :

Date du dernier rappel *DT Polio* (être à jour est obligatoire) : / / 20..

Le jeune suivra-t-il un *traitement médical* pendant le séjour : oui non

Si OUI, joindre l'ordonnance correspondant aux médicaments et apporter le tout à un Responsable du week-end

Responsable légal :

Monsieur / Madame (rayer)

Nom :

Prénom :

Téléphone en cas d'urgence pendant le week-end :

Autorisation parentale :

Je soussigné(e) Monsieur (ou Madame) (précisez le nom) _____

demeurant (indiquer l'adresse) _____

et agissant en qualité de (père/mère/tuteur légal), _____

autorise mon enfant (précisez le nom et le prénom) _____

et demeurant à la même adresse (ou une autre si elle est différente) _____

à participer au week-end AJC.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Signature :