

## Autorisation parentale évènement 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 ou mère), \_\_\_\_\_

autorise mon fils (ou ma fille) (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
- à être photographié, filmé dans le respect du cadre du droit l'image.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Signature :