

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE



WEEK-END BETHABARA DES 27 et 28 Mai 2023

Je soussigné(e) : **Nom**

Prénom

Père

Mère

Tuteur légal

AUTORISE MON ENFANT :

Nom

Prénom

Date de naissance (obligatoire)

 / /

Adresse

Code postal

VILLE

Mail de contact du parent ou tuteur

à participer au Weekend des 27 et 28 Mai 2023 qui se déroule
au village de la vie, 5 rue de voiville 17100 SAINTES de 9H30 à 16H30

J'autorise son transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiquées, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant.

Je précise également si mon enfant bénéficie d'un **suivi médical particulier** (traitement, suivi psychologique, allergies ...)

Téléphone où l'on peut me joindre pendant la journée

N° de sécurité sociale

J'autorise que mon enfant puisse apparaître sur d'éventuelles photos prises lors de la journée (cocher la case si vous autorisez)

J'ai effectué le règlement de 36€ pour le weekend

Par chèque

Par virement bancaire

Fait à

, le

/

/

Signature