



AUTORISATION PARENTALE

L'original doit impérativement être remis au responsable à l'arrivée

INTITULE DE LA MANIFESTATION.....

DATE

LIEU

Je soussigné(e) Madame – Monsieur

① autorise mon fils / ma fille Nom/Prénom

né(e) le à

à participer au.....

② décharge la FFJDA/ LA CRK DR Nouvelle Aquitaine de toute responsabilité sur mon fils / ma fille

Nom/Prénom

en dehors des heures notifiées sur la convocation.

En cas d'urgence, j'autorise l'organisateur à prendre les décisions nécessaires dans la mesure où un recours hospitalier ou clinique s'avérerait utile.

Numéro de sécurité sociale de l'élève

Mutuelle.....numéro d'adhérent

Groupe sanguin du mineur

Coordonnées du responsable légal pendant le séjour

Précisions médicales (traitement en cours, allergies ...)

J'autorise mon fils / ma fille à quitter l'hôpital, la clinique ou le Centre de soins avec le responsable du stage.

« Lu et approuvé »

SIGNATURE des parents « OBLIGATOIRE »

Fait à le

« Lu et approuvé »

SIGNATURE du (des) tuteurs légal (légaux) « OBLIGATOIRE »