Autorisation parentale

\* indiquer NOM (en majuscule) et Prénom

Je soussigné (e) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . \*

Autorise ma fille/mon fils . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . .. \*

À participer au stage art du déplacement proposée par la JAAC : le ………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Et donne pouvoir aux responsables de la JAAC pour prendre, en mon nom, toute décision qu'ils jugeront utile en cas d'urgence (intervention chirurgicale...) et pour sa sortie du centre hospitalier.

N° Sécurité Sociale : ...........................................................................

En cas d'urgence prévenir : M, Mme . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . \*

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone portable . . / . . / . . / . . / . . . . / . . / . . / . . / . .

Signaler allergies ou contre-indications médicales et traitement en cours : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 Fait à le

Veuillez écrire "lu et approuvé " et signer

Signature