

AUTORISATION PARENTALE

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

INTITULE DE LA MANIFESTATION

DATE

LIEU

Je soussigné(e) Madame – Monsieur

autorise mon fils / ma fille Nom/Prénom

né(e) le à

à participer au Stage jeune CRKDR AURA

décharge la FFJDA/ CNKDR de toute responsabilité sur mon fils / ma fille Nom/Prénom

en dehors des heures notifiées sur la convocation.

autorise la CRKDR AURA à publier des photos de mon enfant Nom/Prénom

sur ses réseaux sociaux (Facebook et Instagram)

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