





**AUTORISATION PARENTALE D’URGENCE**

**Je soussigné(e)** : Père : [ ]  / Mère : [ ]  / Tuteur légal : [ ]

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d’accident** :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enfant** :

Nom :

Prénom

Dans le cadre de l’action à laquelle mon enfant est inscrit :

 [ ] J’AUTORISE [ ]  JE N’AUTORISE PAS

DÉPLACEMENTS

* Les responsables majeurs à transporter mon fils ou ma fille lors des déplacements durant la formation (Ex : gymnase - hôtel - restaurant).

ACCIDENTS

* A prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de maladie, d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale pour mon fils ou ma fille si celles-ci étaient jugées indispensables par le Médecin.

**Fait à :** **Signature du représentant légal** :

**Le**: (Précédée de la mention lu et approuvé)