

**AUTORISATION PARENTALE**

## Décharge médicale

Je soussigné(e) M. – Mme\* .....

Autorise mon fils – ma fille\* ..... né(e) le ...../...../.....

 A participer à toutes les activités proposées par l'Association, (ateliers chants, musicaux, sportifs, créatifs...) durant la rencontre des adolescents, qui aura lieu :**Du 19 au 24 février 2024**Lieu du séjour :Tiers lieu de l'Ermitage  
23 rue de l'Ermitage  
78000 Versailles J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation au Centre Hospitalier, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à ....., le .....

Signature

N° de téléphone où joindre les parents pendant le séjour : .....

\* rayer la mention inutile