

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, (particulièrement les activités sportives dont rando, VTT, tir à l'arc, ..., encadrées par des professionnels, ou randonnée, sports collectifs, ...) durant la rencontre de pré-adolescents, qui aura lieu :

Du 14 au 19 avril 2024Lieu du séjour :

Lycée d'enseignement agricole privé Saint-Exupéry
264 rue des Frênes
38870 SAINT SIMEON DE BRESSIEUX

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation au Centre Hospitalier de Chambéry, 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