

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 27 octobre au 01 novembre 2024Lieu du séjour :

Centre de la Rose des Vents
Route de Port Kennet
44420 Piriac-sur-Mer

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