

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 dans le cadre du week-end Starter qui aura lieu :**Du 28 au 29 septembre 2024**Lieu du séjour :Tiers-lieu de l'Ermitage
23 rue de l'Ermitage
78000 l'Ermitage 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