



Association des Familles
Mairie
Rue de Verdun
69280 Sainte Consorce
07.49.45.67.07

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

.....

Tél / Portable :

Adresse :

.....
.....

N° et adresse de l'assurance RC :

.....
.....
.....

Représentant légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

- ☐ Autorise en cas d'urgence à faire opérer mon enfant, y compris sous anesthésie générale.

N° SS :

Remarque médicale :

.....
...

- ☐ Autorise mon enfant à quitter seul l'activité dès la fin de la séance et dégage l'association de toute responsabilité concernant le trajet.
- ☐ N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'activité dès la fin de la séance. Il devra être obligatoirement accompagné par l'une des personnes suivantes :

.....
.....
.....
.....

.....
.....

Fait à :

le :

.....

Signature :