

## STAGE REGIONAL 2017 AUTORISATION PARENTALE

Date : .....

Lieu : .....

Je soussigné (e) Père, Mère ou Tuteur

(Nom).....

De : NOM : .....PRENOM : .....

Né(e) le..... déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et :

- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ....) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- Autorise les cadres à faire soigner mon enfant en cas de nécessité ;
- Autorise mon enfant participer aux activités et/ou sorties éventuelles proposées par les cadres ;

Fait à ....., le .....

Signature :

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est pris en charge :  
( copie de la carte vitale + mutuelle)

Allergies : (Si oui, à quoi ?)

-  
-  
-  
-  
-  
-