

Autorisation parentale pour des temps précis et prédéterminés

Je soussigné/e

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone mobile : 0__ __ __ __ __ E-mail : _____

Parent de :

NOM Prénom : _____ né/e le : __ / __ / _____

NOM Prénom : _____ né/e le : __ / __ / _____

NOM Prénom : _____ né/e le : __ / __ / _____

NOM Prénom : _____ né/e le : __ / __ / _____

NOM Prénom : _____ né/e le : __ / __ / _____

Cocher

Serai présent/e et déclare être responsable de mon enfant/mes enfants,

Étant absent/e, désigne (NOM Prénom) _____ comme tuteur, certifié qu'il aura atteint sa 25^{ème} année le premier jour de la manifestation, qu'il sera présent et qu'il pourra être joint à tout moment sur son mobile au numéro : 0__ __ __ __ __ ,

pendant le prochain rassemblement Mariapolis qui a lieu (cocher la case) à 15300 Le Lioran , à 56800 Ploërmel , organisés respectivement par l'association APHOM et l'association Focolari Ouest.

Autorise mon enfant à participer aux animations spécifiques pour les mineurs, selon le programme.

Autorise toute décision médicale ou intervention chirurgicale en cas d'urgence qui surviendrait durant cette période. En ce cas, merci de me joindre sur mon téléphone mobile.

Informe que mon/mes enfant/s est/sont couvert/s par mon Assurance Responsabilité Civile et Individuelle Accident souscrite auprès de la société _____ par le contrat portant le n° : _____

Fait à _____

le _____

Signature :

Vaccination contre le tétanos : joindre la photocopie du carnet de santé à la page concernée (sans oublier le nom du mineur sur la photocopie) ou bien une attestation médicale confirmant que la protection vaccinale est à jour.

Antécédents médicaux à signaler : _____

Antécédents chirurgicaux à signaler : _____

Allergies :

- médicamenteuse : _____
- cutanée : _____
- respiratoire : _____
- alimentaire : _____

Préciser le/s prénom/s si nécessaire

Traitement suivi par le mineur :

- en permanence : _____
- en cas de nécessité : _____

(Indiquer le type de nécessité : allergie, etc.)

Autres précisions (cocher la case) :

Port de : lentilles de contact prothèse auditive prothèse dentaire

A envoyer par courrier postal au secrétariat de la Mariapolis concernée avec le chèque des arrhes avant la date limite d'inscription