

## 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, certifie qu'il aura atteint sa 25<sup>ème</sup> 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**