

# Autorisation parentale pour des temps précis et prédéterminés

Dans le cadre de la Mariapolis de **Gorges-Clisson** du 2 au 7 août 2019

A envoyer chez : **Edmond et Christine Bourges – La Picardie - 6 rue Duguay-Trouin - 35300 FOUGERES**

Les données personnelles recueillies seront utilisées uniquement pour l'organisation de cette rencontre.

Vous pouvez prendre connaissance de vos droits sur le site : [www.focolari.fr/confidentialite](http://www.focolari.fr/confidentialite)

Je soussigné/e, NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Père /  mère (cocher la case), **titulaire de l'autorité parentale sur :**

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 *responsable majeur désigné*, 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 : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ pendant le rassemblement Mariapolis qui a lieu à **Gorges-Clisson du 2 au 7 août 2019**, organisé par l'association Focolari France Ouest.

**Autorise** mon enfant à participer aux animations spécifiques pour les mineurs, selon le programme. En dehors de ces temps spécifiques et déterminés, **je suis entièrement responsable** de mon (mes) enfant(s) suscité(s).

**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.

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** (compléter et cocher la case) : \_\_\_\_\_

Port de lentilles de contact :  de prothèse auditive :  de prothèse dentaire :

Je suis informé(e) que les animateurs et encadrants ont pris connaissance du "Règlement pour la Protection des mineurs" du mouvement des Focolari et se sont engagés à le respecter dans son intégralité.