

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

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^{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 : ____ ____ ____ ____ 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.