



Autorisation parentale

L'original doit impérativement être remis au responsable à l'arrivée

INTITULE DE LA MANIFESTATION

DATE

LIEU

Je soussigné(e) Madame – Monsieur

① **autorise** mon fils / ma fille Nom/Prénom

né(e) le à

à participer au

② **décharge la CRK-DR IDF** de toute responsabilité sur mon fils / ma fille

Nom / Prénom

en dehors des heures notifiées sur la convocation.

En cas d'urgence, j'autorise l'organisateur à prendre les décisions nécessaires dans la mesure où un recours hospitalier ou clinique s'avèrerait utile.

Numéro de sécurité sociale du pratiquant

Mutuelle numéro d'adhérent

Groupe sanguin du mineur

Coordonnées du responsable légal pendant le séjour

Précisions médicales (traitement en cours, allergies,...)

J'autorise mon fils / ma fille à quitter l'hôpital, la clinique ou le Centre de soins avec le responsable du stage.

« Lu et approuvé »

SIGNATURE des parents « OBLIGATOIRE »

Fait à le

« Lu et approuvé »

SIGNATURE du (des) tuteurs légal (légaux) « OBLIGATOIRE »