



# 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 »