

COMMUNAUTE DE POMEYROL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

(mère/père/tuteur)

de l'enfant /des enfants

nom

nom.....

prénom.....

prénom.....

né(e)le.....

né(e)le.....

Adresse.....

.....

Numéro(s) de téléphone/portable(s) auxquels on peut vous joindre :

.....

.....

Email.....

autorise les responsables du séjour à faire soigner, à hospitaliser ou à faire pratiquer, en cas de nécessité, toute intervention médicale ou chirurgicale sur l'enfant désigné(e) ci-dessus, étant entendu que tout aura été fait pour vous joindre au téléphone.

Elle/il sera muni(e) de son carnet de santé ou de toute autre document permettant au personnel médical de lui donner les soins adéquats.

Allergies connues :.....

.....

Traitement médical à suivre pendant le séjour :.....

.....

Autres recommandations.....

.....

Signature :

Date :