

AUTORISATION FAMILIALE

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s)

Nom Prénom

Père Mère Tuteur

ADRESSE COMPLETE

Rue

Code Postal Ville

Déclare autoriser mon (mes) enfant(s)

Nom	Prénom	né (e) le
Nom	Prénom	né (e) le
Nom	Prénom	né (e) le
Nom	Prénom	né (e) le

**à participer aux différentes activités et sorties organisées et proposées
par l'Association AGORA GLEIZE**

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) urgentes constatées par un médecin et rendues nécessaires par l'état de mon(mes) enfant(s).

Aussi je déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'Association AGORA GLEIZE.

M. Mme. _____ autorise oui non l'Association AGORA à prendre mon

(mes) enfant(s) en photo afin de les utiliser en terme de communication
(presse, bulletin municipal et affichage dans les locaux)

Fait à : Le

Ecrire la mention : " lu et approuvé "

Signature du (des) responsable(s)