

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (*père, mère, tuteur*) :

N° Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et n° complémentaire santé :

Autorise l'enfant (*nom – prénoms*) :

Né le : à

Classe :

1) A participer au stage APPN

De (*discipline*) :

Le (s) (*dates*) :

2) A se déplacer avec les personnes responsables :

Départ prévu (*date*) : A (*lieu*) :

Retour le (*date*) : A (*lieu*) :

Autorise en mon nom M....., les responsables de l'organisation et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

Autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

.....
.....

Tél personnel : Horaires :

Tél professionnel : Horaires :

Observations (notamment contre-indications médicales éventuelles)

A Le

Signature,