

Autorisation parentale

Je soussigne

NOM : PRÉNOM :

agissant en qualité de :

Père

Mère

Tuteur

autorise l'enfant :

NOM : PRENOM :

Né(e) le à

à participer au WE Enfants organisé par les Sœurs Apostoliques de Saint-Jean.

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise les responsables du groupe, ainsi que les personnes chargées de l'encadrement de cet événement, à faire pratiquer sur mon enfant, toutes les interventions médicales ou chirurgicales, avec ou sans anesthésie, jugées nécessaires par le médecin.

J'autorise que mon enfant soit pris en photo ou en vidéo et que ces images puissent être utilisées dans la communication des Soeurs Apostoliques de Saint-Jean.

Date et signature