

Autorisation parentale

Je soussigné

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