

AUTORISATION PARENTALE pour les mineurs

A remettre au responsable de stage au début de la formation

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE :/...../...../...../.....

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

CLUB : N° CARTE CANOE :

RESPONSABLE DU STAGE : Mathieu SEPTIER – TELEPHONE : 07.83.55.54.63

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

Autorise mon fils, ma fille :

A participer au stage :

FORMATION AMFPC 2023/2024 avec le CDCK39 du 23 au 27 octobre

En cas d'accident, j'autorise les cadres à prendre toute décision nécessaire au bien être de mon enfant (y compris toute opération chirurgicale ou anesthésique nécessaire sur avis médical. IMPORTANT : Veuillez signaler les renseignements médicaux s'il y a lieu (asthme, allergies...)) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait le/...../..... à

Signature du représentant légal :