

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Responsable légal de *(indiquer le prénom et nom du jeune) :*

Date de naissance du jeune :

Téléphone portable du jeune :

Adresse email du jeune :

Demeurant :

Autorise *(prénom et nom du jeune) :*

à participer au WE de Rentrée organisé par l'Aumônerie Internationale du Lycée International pour les lycéens du Samedi 31 août au Lundi 2 Septembre 2019.

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise le Responsable de ces 2 jours, Jean-Paul Rival, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, rapatriement....) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je l'autorise à sortir du service des urgences mon fils ou ma fille

(prénom et nom)si le médecin juge que son état le permet.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant ces 2 jours :

Adresse email du/des Responsables légaux :

N° SS *(joindre la photocopie de l'attestation de carte vitale*

ou de votre assurance si privée)

N° et nom de mutuelle : *(joindre la*

photocopie)

Remarques (allergies, traitements...) :

(en cas de traitement, joindre une copie de l'ordonnance)

Fait à :

Le :

Signature du/des Responsables légaux