



Entr'Chats

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), (NOM, Prénom)

Adresse:

.....

Email: @

Numéros de téléphone:

- Portable:
- Domicile:
- Travail:

Représentant (e) légal (e) de l'enfant (NOM, Prénom de l'enfant) :

.....

Autorise l'Association ENTR' CHATS à confier à la sortie du cours de danse, mon enfant :

- À Mr ou Mme (Nom, Prénom) :
- Autre(s) personne(s) :
 -
 -

Personne à prévenir en cas d'accident :

(NOM, Prénom) Tel :

En cas d'urgence, j'autorise l'Association ENTR' CHATS à faire transporter mon enfant au centre hospitalier le plus proche ou selon mon choix.

(Précisez) :

Nom du médecin traitant : Tel :

Fait à, le

Signature :