

AUTORISATION – DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e), NOM et Prénom du (ou des) parents

• Autorise mon enfant (NOM et Prénom)

Né(e) le à participer au camp d'été organisé par le Chapitre Saint Lazare du août au août 2011.

• **Autorise** ou **n'autorise pas** (barrer la mention inutile) les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

• Décharge le Chapitre Saint-Lazare de tous les transports qu'effectuera mon enfant en dehors du séjour.

• Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

À, le

Signature :

précédée de la mention « Lu et Approuvé »

RENSEIGNEMENTS

(indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

Responsable de l'enfant :

Nom et Prénoms de l'enfant :

Né(e) le : À :

N° de Sécurité Sociale :

Nom du médecin traitant :

Adresse du responsable pendant l'activité :

..... Téléphone(s) :