



**COMMUNE DE SAINT FELIU D'AVALL  
POINT JEUNES**

**AUTORISATION PARENTALE  
DE SORTIE ET DE SOINS**

Nous soussignés Mme et Mr ..... parents de.....  
autorisons notre enfant à effectuer dans le cadre du Point Jeunes de Saint Féliu D'Avall des  
sorties accompagnées.

Nous autorisons également le personnel ainsi que le médecin vacataire mis à disposition du  
centre à prodiguer les soins nécessaires qui pourraient s'imposer aux enfants.

En cas de problème : ↪ Personne à contacter :.....  
↪ N° de téléphone : .....  
↪ Etablissement hospitalier :.....

Fait à SAINT FELIU D'AVALL le

SIGNATURE DES DEUX PARENTS