

COMMUNE DE SAINT FÉLIU 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 :

Établissement hospitalier :

SIGNATURE DES DEUX PARENTS

FAIT À SAINT FÉLIU D'AVALL
Le