



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....père, mère.

Autorise \_\_\_\_\_nés(es) le .... / ...../20

---

A participer aux activités organisées par la municipalité de Saint Ouen du Breuil et déclare avoir en ma possession un certificat médical autorisant à la pratique du sport, et, ou à défaut, je certifie que mon (mes) enfant(s) est(sont) apte(s) à la pratique du sport.

Signale que mon (mes) enfant(s) :

souffre(ent) d'une intolérance et/ou d'une allergie alimentaire aux aliments suivants :

---

ne souffre(ent) d'aucune intolérance / allergie alimentaire

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

Médecin de famille \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Autre personne \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

J'autorise les organisateurs des activités vacances à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.  OUI  NON

J'autorise les prises de vues lors de ces activités  OUI  NON

Fait à ....., le .... / /2024

Signature