



## 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 .... / ... /2026 Signature