**AUTORISATION PARENTALE ETE 2022**

(une par enfant)

**Déclaration sur l’honneur**

Je soussigné (e) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 Père - Mère - Tuteur ou représentant légal

Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Commune . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Code postal . . . . . . . . . . . . . . .

Email . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Autorise mon enfant:

Nom . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Date de naissance . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Age . . . . . . . . . . .

En classe de . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Scolarisé sur la commune de . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . .

Au collège de . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .

A participer au(x) stage(s) SIGALE de :

■ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Semaine . . . . . . . . . . . N°. . . . . . . .

■ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Semaine . . . . . . . . . . . N°. . . . . . . .

■ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Semaine . . . . . . . . . . . N°. . . . . . . .

■ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Semaine . . . . . . . . . . . N°. . . . . . . .

J’autorise le responsable du stage à prendre toutes dispositions en cas d’urgence :

OUI NON (1)

**Observations d’ordre médical** (allergie, asthme…) et conduite à tenir. Ces informations seront transmises aux secours le cas échéant . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Je reconnais qu’à ma connaissance mon enfant ne présente pas de contre indication à sa participation au(x) stage(s) auquel(s) il s’inscrit.

OUI NON (1)

A la fin de chaque séance de stage mon enfant : (1)

**- EST AUTORISE A REPARTIR SEUL**

**- N’EST PAS AUTORISE A REPARTIR SEUL**

Personne(s), autre(s) que vous-même, autorisée(s) à déposer et récupérer l’enfant : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

J’autorise mon enfant à une exposition médiatique : OUI NON (1)

**N° de téléphone pour vous joindre en cas de besoin** **PENDANT LE STAGE par ordre de priorité** :

1) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . 2) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Autre personne . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nom et n° de contrat de l’assurance responsabilité civile du représentant légal . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

J’autorise le SIGALE à communiquer mes coordonnées pour faciliter le covoiturage :

OUI NON (1)

Situation de famille du représentant légal : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des stages et m’engage à les respecter.

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . le . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature

 *(1) Rayer les mentions inutile*