



# AUTORISATION PARENTALE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT LORS DE L'INSCRIPTION D'UN ENFANT MINEUR



**Yvelines**  
Le Département

Année 20 -20

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, (*rayez la mention inutile*)

Nom :	
Prénom :	

En ma qualité de Mère, Père, Tuteur légal de l'enfant (*rayez la mention inutile*)

Résidant à l'adresse suivante : (*indiquez votre adresse exacte*)

Adresse :	
Code Postal :	
Ville :	
Adresse e-mail :	
Téléphone Domicile	
Téléphone Portable 1 (père)	
Téléphone Portable 2 (mère)	
Téléphone Professionnel 1 (père)	
Téléphone Professionnel 2 (mère)	

Concernant l'enfant :

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Nom du médecin traitant :	
Tél. du médecin traitant :	
Informations médicales particulières que je souhaite communiquer :	

⇒ Autorise le CSL ou l'intervenant animateur de l'activité à laquelle participe mon enfant, à prendre, si besoin est, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de santé de mon enfant et m'engage, dans ce cas, à rembourser les frais pouvant en résulter ;

⇒ Autorise, le cas échéant, mon enfant, dans le cadre de cette activité, à être filmé et/ou photographié.

Fait le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature :