

**Autorisation parentale**  
Concernant les mineurs  
(à fournir impérativement au début du stage)

Je soussigné(e)<sup>1</sup> :

Demeurant au :

N° tél :

mail :

Autorise<sup>2</sup> :

n° de sécurité sociale :

A participer au stage : **Stage jeunes Quillan du 24 au 28 octobre 2022**

En outre, j'accepte que les responsables du stage autorisent en mon nom une prise en charge médicale ou chirurgicale dans un service approprié, en cas de besoin.

- Veuillez nous signaler les renseignements médicaux s'il y a lieu (asthme, allergies, prise de médicaments....)
  
- Et tout régime alimentaire spécial

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

Le :

Signature :  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

<sup>1</sup> Père, mère, tuteur, représentant légal

<sup>2</sup> Nom et prénom du mineur