



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 / /2025

Signature