

Je soussigné(e) (*NOM et Prénom*)
père / mère / tuteur de (*NOM + Prénom de l'enfant*)

Autorisation Parentale à quitter le pays

autorise mon fils / ma fille / mon pupille *
à quitter le pays pour se rendre en (pays)
du / / au / /

Date de validité

CARTE IDENTITE : / /

PASSEPORT : / /

Fait à, le / /

Signature certifiée conforme, PAR LA COMMUNE, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

* **Biffer les mentions inutiles**



Je soussigné(e) (NOM et Prénom)
père / mère / tuteur de (NOM + Prénom de l'enfant)

Autorisation d'intervention médicale en cas d'urgence

(en cas de refus, barrer ce point et remettre une décharge manuscrite signée à joindre au document)

Donne par la présente au médecin contacté par le responsable du groupe, l'autorisation d'intervenir en cas d'urgence et d'administrer les soins utiles, y compris l'anesthésie, l'opération d'urgence, à mon enfant.

Fiche Médicale

Ces renseignements sont strictement confidentiels.

Ils sont destinés à nous aider à soigner votre enfant, si besoin, en cas d'urgence

- Groupe sanguin de votre enfant :

- Votre enfant suit-il un traitement médical oui / non *
Si OUI, lequel ?

- Votre enfant est-il allergique oui / non *
Si OUI, à quoi ?
(N'hésitez pas à être précis)

- NUMERO D'APPEL des parents, en cas d'urgence :

Fait à, le / /.....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

* **Biffer les mentions inutiles**



20, rue Neuve
B-6791 ATHUS

☎ 063 38 80 90 - 📠 063 37 15 21
@ secretariat@cardijn-athus.be

Je soussigné(e) (*NOM et Prénom*)
père / mère / tuteur de (*NOM + Prénom de l'enfant*)

Autorisation TEMPS LIBRE

(en cas de refus, barrer ce point et remettre une décharge manuscrite signée à joindre au document)

Donne, par la présente, l'autorisation à mon enfant de bénéficier des temps libres accordés par les responsables de cette activité.

Fait à, le / /.....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

* **Biffer les mentions inutiles**