

AUTORISATION PARENTALE « ADOS DE ST JO »

Inscription de (nom et prénom) :
né le / /, élève à en classe de
tél et/ou mail de l'enfant le cas échéant :

Madame, monsieur
adresse :
.....
mail :
téléphone et horaires auxquels je suis joignable habituellement :
numéro joignable en cas d'urgence les samedis soirs, si différent du précédent :

1.
autorise mon enfant à participer aux rencontres st Jo ado organisées par l'ensemble paroissial des trois paroisses, à l'issue de la messe des jeunes, jusqu'à 22h, dans les locaux de la cure, et dans le parc attenant à l'église st Joseph. Les rencontres sont prévues les samedis 17 sept, 15 oct, 3 déc, 21 janv, 11 fév, 18 mars, 13 mai et 24 juin. D'éventuelles autres propositions feront l'objet d'une demande d'autorisation séparée.

2.
le père José Antonio Martinez, Emmanuel Petit, Marie Joyet et les animateurs de l'équipe à faire pratiquer, sur avis médical, tout acte médical et/ou chirurgical que l'état de mon enfant pourrait nécessiter en cas d'urgence pendant les rencontres.

Merci de préciser par ailleurs tous les éléments médicaux nécessaires (allergies ; maladies chroniques ; traitements en cours)
ALLERGIES : Asthme : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Médicamenteuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Alimentaires : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le préciser) :
.....
.....
.....
MALADIE CHRONIQUES et/ou TRAITEMENTS EN COURS :
.....
.....
.....

3.
les animateurs de l'ensemble paroissial à utiliser toutes photos et films pris sur cet évènement, sur lesquelles figure mon/mes enfant(s), pour illustrer dans les médias le travail de l'ensemble paroissial.

Fait à, le...../...../..... Ecrire à la main : « lu et approuvé »
Signature