

AUTORISATION PARENTALE

Décharge médicale

Je soussigné(e) M. – Mme*

Autorise mon fils – ma fille* né(e) le/...../.....

 A participer à toutes les activités proposées par l'Association dans le cadre du Festival des vivants qui aura lieu :**Du 29 mai au 1^{er} juin 2025**Lieu du séjour :Tiers-lieu de l'Esvière
2 rue de l'Esvière
49100 Angers J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation au Centre Hospitalier, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à, le

Signature :

N° de téléphone où joindre les parents pendant le séjour :

* rayer la mention inutile