Colos – Classes Découvertes – Accueil Groupes
Journées Récréatives – Séjours & Loisirs Adaptés

FORMATION BAFA

AUTORISATION PARENTALE (POUR MINEURS)

Je soussigné/e NOM et PRÉNOM : .....

Agissant en qualité de :

☐Père ☐Mère ☐Tuteur(trice)

Autorise, le stagiaire mineur : NOM ..... PRÉNOM.....

Inscrit(e) à une session de formation BAFA organisée par TEMPS JEUNES, en Auvergne-Rhône-Alpes,

☐A participer à toutes les activités de la formation BAFA

☐Voyager seul(e) pour se rendre et repartir du lieu du stage

☐J'autorise tout médecin responsable à pratiquer toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé de mon fils ou ma fille et m'engage à rembourser à TEMPS JEUNES les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription,
Je déclare que mon fils ou ma fille est en bonne santé et apte à venir au stage
Accepte les conditions d'inscription et le projet éducatif de TEMPS JEUNES

Fait à :..... Le ..... / ..... / .....

Signature du parent ou tuteur

Précédé des mentions « Lu et Approuvé
Bon pour autorisation parentale