

## AUTORISATION PARENTALE

Décharge médicale

Je soussigné(e) M. – Mme\* .....

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

A participer à toutes les activités proposées durant le séjour (encadrées par des professionnels) qui aura lieu :

**Du 24 au 28 avril 2024**

Lieu du séjour :

**Tiers-lieu de l'Esivière  
2 rue de l'Esivière  
49100 ANGERS**

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, 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