



AUTORISATION PARENTALE

POUR LES STAGIAIRES MINEURS

Je, soussigné·e (NOM et prénom)

En qualité de père mère tut·eur·rice légal·e

Autorise (NOM et prénom)

À participer à une session de formation BAFA de l'Association Les Pieds à Terre, et à y pratiquer toutes les activités proposées.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé du/de la stagiaire et m'engage à rembourser à l'Association Les Pieds à Terre les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Fait à, le/...../.....

Signature :

