



**MAISON DES JEUNES
DE BRAINS**

AUTORISATION PARENTALE



**MAIRIE
44830 BRAINS**

Je soussigné, M. Mme (Nom, prénom) :

⇒ Autorise mon enfant (Nom, prénom) :

à participer à l'animation :

organisée à :, le : de h à h.....

Heure de départ : Heure de retour :

⇒ Le transport n'est assuré qu'à partir de la MJB, **aucun retour à domicile ne sera effectué par l'équipe.**

Mon enfant rentrera : Par ses propres moyens (préciser lequel) :

Je viendrais le chercher (Nom si personne autre) :

⇒ Décharge l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident ou de faits pouvant survenir avant ou après la prise en charge effective de mon enfant par les animateurs.

⇒ Autorise le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Personne à prévenir en cas de problème : Nom :

Téléphone :

Fait à :

Le : Signature :

4, rue de la Pilaudière - 44830 BRAINS - ☎ 02.40.65.46.75



**MAISON DES JEUNES
DE BRAINS**

AUTORISATION PARENTALE



**MAIRIE
44830 BRAINS**

Je soussigné, M. Mme (Nom, prénom) :

⇒ Autorise mon enfant (Nom, prénom) :

à participer à l'animation :

organisée à :, le : de h à h.....

Heure de départ : Heure de retour :

⇒ Le transport n'est assuré qu'à partir de la MJB, **aucun retour à domicile ne sera effectué par l'équipe.**

Mon enfant rentrera : Par ses propres moyens (préciser lequel) :

Je viendrais le chercher (Nom si personne autre) :

⇒ Décharge l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident ou de faits pouvant survenir avant ou après la prise en charge effective de mon enfant par les animateurs.

⇒ Autorise le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Personne à prévenir en cas de problème : Nom :

Téléphone :

Fait à :

Le : Signature :

4, rue de la Pilaudière - 44830 BRAINS - ☎ 02.40.65.46.75