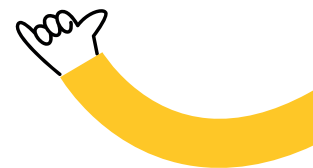




AUTORISATION PARENTALE

pour Choraliste Mineur au 08/08/2025

Choralies 2025
Vaison-La-Romaine (France)
du 30 juillet au 07 août 2025



Je soussigné(e) M. Mme

Nom :

Prénom :

Demeurant :

CP : Ville :

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur légal

de l'enfant (Nom et prénom) :

né(e) le :

et inscrit(e) aux Choralies 2025 de Vaison-la-Romaine du : au 2025.

Tel. portable :

Courriel :

Adresse durant les Choralies :

CP : Ville :

I. DÉLÉGATION DE RESPONSABILITÉ

J'atteste :

que je serai présent aux Choralies sur les mêmes dates.

OU

que j'autorise : M. ou Mme

| | | |
|--------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Nom : | <input type="text"/> | |
| Prénom : | <input type="text"/> | |
| Demeurant : | <input type="text"/> | |
| | <input type="text"/> | |
| | Ville : | <input type="text"/> |
| CP : | <input type="text"/> | |
| Lien de parentalité éventuel : | <input type="text"/> | |
| Tel. portable : | <input type="text"/> | |
| Courriel : | <input type="text"/> | |
| Adresse durant les Choralies : | <input type="text"/> | |
| | <input type="text"/> | |
| CP : | <input type="text"/> | Ville : <input type="text"/> |

qui seront présent(s) aux Choralies,
à être responsable de l'enfant sur les mêmes dates.

Éventuellement, autre personne à prévenir en cas d'urgence :

| | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Nom : | <input type="text"/> | Nom : | <input type="text"/> |
| Prénom : | <input type="text"/> | Prénom : | <input type="text"/> |
| Lien de parentalité : | <input type="text"/> | Lien de parentalité : | <input type="text"/> |
| Tel. portable : | <input type="text"/> | Tel. portable : | <input type="text"/> |
| Courriel : | <input type="text"/> | Courriel : | <input type="text"/> |



II. DANS LE CAS OÙ MON ENFANT EST INSCRIT À L'ESPACE JUNIOR DES CHORALIES

J'atteste :

qu'il n'a pas de traitement médical en cours, qu'il ne suit pas de régime alimentaire, ni qu'il n'est sujet à des allergies particulières.

OU

qu'il doit respecter les prescriptions particulières suivantes
(selon certificat Médical joint en annexe)

Si nécessaire, informations complémentaires importantes à porter à la connaissance de l'équipe d'encadrement :

De plus,

j'autorise les autres personnes suivantes à prendre en charge l'enfant à la fin des ateliers.

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lien de parentalité :

Lien de parentalité :

Tel. portable :

Tel. portable :

Courriel :

Courriel :

OU

j'autorise l'enfant à rentrer seul à la fin des ateliers



III. J'AUTORISE

- l'association À Cœur Joie à utiliser les photos sur lesquelles l'enfant pourrait figurer, pour parution sur ses divers supports de communication (imprimés ou numériques). J'ai bien pris acte que l'association décline toute responsabilité en cas d'une quelconque utilisation détournée par un tiers.
- le responsable pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation d'urgence, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

le :

Signature du/des parents/tuteurs,
précédée de la mention « lu et approuvé - bon pour autorisation parentale ».

