

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

Nom, prénom du représentant légal :

Demeurant à :

Téléphone :

Adresse mail :

Représentant légal de :

Nom, prénom du mineur :

Né(e) le : / / à

Domicilié(e) à :

Autorise mon enfant à participer à :

Nom de l'événement : **ICT-CHALLENGERS**

Lieu : **Palexpo**

Date(s) : / / au / /

Je déclare avoir pris connaissance des conditions de participation à cet événement.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables de l'organisation à prendre toutes dispositions médicales nécessaires concernant mon enfant.

OUI ☐

NON ☐

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, prénom :

Téléphone :

Fait à :, le / /

Signature du représentant légal (précédée de la mention 'Lu et approuvé')