



ATTESTATION PARENTALE

Parent/Tuteur·trice

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Domicilié·e au :

Mail :

Tél. portable : fixe :

Enfant(s) à charge :

Nom/Prénom de l'enfant : né·e le Âge Sexe : M/ F

Je soussigné·e....., atteste sur l'honneur détenir l'autorité parentale et autorise le(s) enfant(s) ci-dessus, à Arles, à participer au

Stage de

du au juillet 2024.

Autorise les prises de vue photos et vidéos représentant mon enfant, sans contrepartie financière, pour valoriser cette action dans les supports de communication.

Autorise l'intervenant de l'action à faire appel au (18), pour faire pratiquer les premiers soins en cas d'accident et à permettre à un médecin de décider de toute hospitalisation ou intervention chirurgicale d'urgence.

Nom du médecin traitant :

N° tél :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

N° tél :

Les référentes pour le suivi de cette action sont :

Pauline LECOQC, Chargée de production Stages & Master Classes

Emma DESBREE, Assistante Actions Culturelles

Fait à Arles, le SIGNATURE :