

ATTESTATION MAINTALE

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

- O Autorise les prises de vue photos et vidéos représentantes mon enfant, sans contrepartie financière, pour valoriser cette action dans les supports de communication.**
 - O Autorise l'intervenant de l'action à faire appel au (18), pour faire pratiquer des 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 : _____

Nº tél : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nº tél :

Les référentes pour le suivi de cette action sont :

Pauline LECOCQ, Responsable des Actions Pédagogiques

Myriam ASSAUD, Assistante Stages et Masterclasses

Fait à Arles, le SIGNATURE :

Suds, à Arles – 14, rue des Arènes – 13200 ARLES – FRANCE

L-R-24-3767 et L-R-24-3768 – APE 9329Z – Siret n°40467770000035

N° de TVA intracommunautaire : FR27404677700 – Numéro de formation professionnelle : 93131173913