

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 2025.

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

☐ Autorise l'intervenant de l'action à faire appel au (18), pour faire pratique
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 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