ATTESTATION PARENTALE

Parent/Tuteur·rice

NOM : ..... Prénom : .....
Date de naissance : .....
Domicilié·e au :.....
.....
Mail : .....
Tél. portable : .....

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 2026.**

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 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 LECOCQ, Responsable des actions pédagogiques
Soline LEFEVRE, Assistante en charge des stages et des master classes

Fait à Arles, le ..... SIGNATURE :