

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE

## PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ

Dans le cadre de l'atelier 9 de la programmation Branché santé, les enfants sont invités à participer à des activités physiques sans la présence de leurs parents. **Cette activité peut se faire dans le lieu d'animation habituel ou aux environs**, et elle est dirigée par deux intervenants-accompagnateurs de l'équipe.

Votre autorisation pour que votre enfant participe à cette activité est requise.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.



### DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

Endroit: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Heure prévue: \_\_\_\_\_ Départ: \_\_\_\_\_ Retour: \_\_\_\_\_  
Moyen de transport utilisé: \_\_\_\_\_  
Personnes responsables de l'activité: \_\_\_\_\_

### DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_  
Autres particularités: \_\_\_\_\_

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom: \_\_\_\_\_ N° téléphone: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), [prénom et nom du parent ou tuteur] \_\_\_\_\_, ai pris connaissance de l'activité décrite dans le présent formulaire.

- J'accepte que mon enfant participe aux activités prévues à l'atelier 9
- Je refuse que mon enfant participe aux activités prévues à l'atelier 9

Signature du parent ou du tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AUX INTERVENANTS DU  
PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ**