

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**