**AUTORISATION PARENTALE**

|  |
| --- |
| À renvoyer par mail – formation@guides.be ou par courrier postal à Service Pédagogie Appui Formation – Rue Paul-Émile Janson, 35 – 1050 Bruxelles |
| **FORMATION – Tour d’Horizon** |
| Je soussigné(e) ……………………………………........………………………………………………………..................................................... (Nom, Prénom)🞏 Père 🞏 Mère 🞏 Tuteur 🞏 Répondantautorise ..................................................................……………...................... (Nom, Prénom) 🞏 mon fils/ 🞏 ma fille **(Cocher la mention utile)** à participer à la Formation qui se déroulera du ………/……./202…….. au ………/……./202…….. au Domaine de Mozet |

 **Durant cette période**

* Je place mon enfant sous l’autorité et la responsabilité du coordinateur de la Formation.
* Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments de base autorisés.
* Si l’état de santé de mon enfant réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir être contacté personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien.
* En cas d’arrêt inopiné de la Formation, je m’engage à venir rechercher mon enfant le jour même.
* **Si le coordinateur n’arrive pas à me joindre, j’autorise ce dernier à contacter et confier mon enfant à**

**Nom, Prénom** …………………………………………………………….. **Lien relationnel** ………………………………………

**Numéro de GSM** ……………………………………………………………

Fait à ………………………………………………………………………………. le ………/…….../202……..

 **Signature d’un parent**