

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 Répondant

autorise

(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