



JOURNEE DE RETROUVAILLES DES JEUNES HOSPITALIERS

Autorisation parentale

Je soussigné, Monsieur *et/ou* Madame..... ,

Représentant(s) légal(aux) de l'enfant né le ... / ... /

- 1- Autorise mon fils/ma fille, à participer à la journée de retrouvailles des jeunes hospitaliers le **samedi 17 décembre de 9h30 à 17h30 au foyer Saint-Pierre**
- 2- Verse **5€** par chèque à l'ordre de **l'Hospitalité Aveyronnaise**
- 3- Autorise les responsables à prendre les mesures nécessaires en cas de problème médical urgent.

AUTRES INFORMATIONS A FOURNIR :

- Numéro de téléphone portable du jeune :
- Email du jeune :
- Numéro(s) de téléphone à contacter en cas d'urgence :

Droit à l'image

Je soussigné, Monsieur *et/ou* Madame

Représentant(s) légal(aux) de l'enfant, autorise n'autorise pas

L'Hospitalité Aveyronnaise, à filmer et photographier mon enfant. A reproduire, diffuser et publier son image dans les journaux, sites internet et supports nécessaires pour faire connaître l'Hospitalité Aveyronnaise.

Les données mises en ligne seront protégées et sécurisées.

Fait à, le/...../.....

Signatures précédées de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'enfant

Signatures des responsables légaux