



Scouts Unitaires de France

AUTORISATION PARENTALE (A retourner au Chef de Camp)

Je soussigné(e), Monsieur : NOM :

Prénom :

OU

Madame : NOM :

Prénom :

Responsable de l'enfant : NOM :

Prénom :

OU

Tuteur légal de l'enfant : NOM

Prénom :

ADRESSE :

n° de tél. :

Date de naissance :

n° Sécurité Sociale :

Autorise mon fils - ma fille - à participer à toutes les activités du camp, compte tenu de l'avis médical.

Ce camp aura lieu du :

au :

à :

Adresse pendant le camp :

n° de téléphone pendant le camp :

L'adresse de la famille en vacances :

On peut me joindre au téléphone à :

Consignes pour le retour du camp :

Sachant que toutes les précautions seront prises, j'autorise les responsables du camp à faire pratiquer sur mon fils - ma fille - toute intervention chirurgicale ou traitement jugés nécessaires par le médecin.

Précautions particulières éventuelles :

Date et signature :

