

AUTORISATION PARENTALE - REPAS au CENTRE

Je soussigné(e) M., Mme, Responsable :

Nom/prénom :

Téléphone 1 : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone 2 : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Autorise mon enfant

Nom prénom :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

À participer aux activités suivantes :

FORMULE REPAS - MERCREDI au CENTRE	Tarif	Oui	FORMULE REPAS - MERCREDI au CENTRE	Tarif	Oui
4/11	3€		2/12	3€	
18/11	3€		9/12	3€	
25/11	3€		16/12	3€	
TOTAL			TOTAL		

En cas d'annulation, de changement d'horaire ou d'activité finissant avant l'horaire indiqué

J'autorise Je n'autorise pas
Mon enfant à quitter le CAJ

En soirée, le CAJ est fermé 15 minutes après la dernière activité. Si votre enfant reste volontairement après la fermeture, il n'est plus sous la responsabilité de l'association agrément A.C.M 033ORG0416.

J'autorise les responsables de l'activité à prendre toute les dispositions jugées nécessaires par un médecin.

Fait à, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »