



Nous soussignés, noms, prénoms et qualité (père, mère, autre responsable légal)

.....

.....

Exerçant l'autorité parentale sur (Nom et prénom du jeune)

Adresse.....

Code postal Ville.....

Téléphone 1 Téléphone 2.....

	OUI	NON
➤ Autorisons notre enfant à participer au dispositif durant l'année 2024.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autorisons la structure de la commune de Binic-Etables sur mer à transporter ou à défaut faire transporter notre enfant si besoin chez un médecin ou à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Nous avons pris connaissance que ce document ne constitue pas une autorisation de soins générale (au titre de l'article R1112-34 du Code de santé publique) et qu'il est indispensable que nous soyons joignables aux numéros indiqués afin que nous puissions être informés de l'état de santé de notre enfant et consentir, le cas échéant, aux soins (<i>intervention sous anesthésie générale, hospitalisation</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autorisons la commune de Binic Etables sur mer à réaliser des photos/vidéos en vue de leur publication et diffusion sur les supports de communication et d'information émis et gérés par la commune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à Le

Responsable 1

Responsable 2