AUTORISATIONPARENTAL

<u>Nom de la famille :</u>
<u>Adresse :</u>

<u>Téléphone :</u>
<u>Mail :</u>

Fait à , le / /2025,

Je soussigné(e) Mme./M. ,
et agissant en qualité de , autorise mon enfant , à participer à l'activité « On bouge ! » du Tauzin, du / /2025.

Allergie(s) alimentaire(s):

Problème de santé:

☐ Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant,

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

<u>Nom de la famille :</u>
<u>Adresse :</u>

<u>Téléphone :</u>
<u>Mail :</u>

Fait à , le / /2025,

Je soussigné(e) Mme./M. ,
et agissant en qualité de , autorise mon enfant , à participer à l'activité « On bouge ! » du Tauzin, du / /2025.

Allergie(s) alimentaire(s):

Problème de santé:

☐ Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant,

Signature :