

AUTORISATION PARENTALE - médicale

Je soussigné(e).....

Père, mère, tuteur, tutrice de mon fils/ma fille.....

(nom(s) et prénom(s) de l'enfant)

autorise M. /Mme.....qui

accueille(nt) mon fils/ma fille chez eux à.....

.....(adresse)

en tant que famille d'accueil

du.....au.....

et

à agir à ma place en cas de situation d'urgence (accident grave ou autre) ou à prodiguer les soins ou (autre)si je ne peux pas être contacté en premier lieu ;

à agir en qualité de parent si une situation le nécessite en accord avec moi-même (invitation à une fête, sortie, activité en dehors de l'école).

Fait à, le(date)

Signature :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Qualité :

Tél.

Portable :