

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

en qualité de responsable légal

autorise l'enfant nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

à participer au séjour organisé par VMSF à \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Je donne mon accord pour que soit effectué tout traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de mon enfant.

Je m'engage à rembourser à VMSF la totalité des frais occasionnés sur présentation des justificatifs et documents de Sécurité Sociale.

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du projet d'animation du séjour et à emprunter les moyens de transport nécessaires à son déroulement.

J'autorise les responsables d'animation à photographier ou filmer mon enfant si le projet pédagogique du séjour devait intégrer la création d'un support numérique destiné aux familles ou pour les besoins des supports de communications de VMSF.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature