

## AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e) .....  père  mère  Représentant légal,  
autorise le jeune .....

Au numéro de sécurité sociale .....

Et numéro d'enregistrement Jeunesse et Sports (DDJS) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

A s'inscrire à la session de formation (générale ou d'approfondissement)  
..... organisée par l'Association Réseau Môm'artre

du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

A voyager seul(e) pour se rendre sur le lieu de la formation et en revenir.

A voyager seul(e) sur les pauses déjeuner

A participer seul(e) ou en groupe à toute activité extérieure au lieu de formation selon les  
consignes du directeur de la formation.

### SOINS MEDICAUX

J'autorise tout médecin, à pratiquer en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale  
(avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu  
nécessaire par l'état de santé de mon enfant

### COMMUNICATION

J'autorise l'utilisation des images où il.elle figure dans le cadre de la promotion de ses  
formations sur les supports de l'association (papier, supports numériques et réseaux  
sociaux ...)

J'accepte de recevoir des informations de la part de l'association (newsletter,  
communications sur les prochaines formations...)

A \_\_\_\_\_, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et Approuvé »