

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, _____

Responsable de l'enfant _____

Née le _____

Adresse : _____

Téléphone : Domicile _____

Portable _____

Bureau _____

Adresse email : _____

Allergies _____

Autorise l'Association Temps Danse, sous la responsabilité des animateurs à prendre en cas d'urgence toutes dispositions nécessaires et utiles pour tout ce qui concerne une éventuelle hospitalisation, ou toute autre intervention médicale dans le cas où les parents ne seraient pas joignables.

Autorise l'Association Temps Danse à utiliser des photos et vidéos des élèves afin d'illustrer l'activité.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

CASTEGINEST,
le