



## SERVICE AU BEL AGE DU CCAS



### AUTORISATION PARENTALE DE PARTICIPATION A UNE ACTIVITE

#### DU SERVICE AU BEL AGE DU CCAS DE LANÇON-PROVENCE POUR UN ENFANT MINEUR

Enfant : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Représentant légal : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

J'autorise mon / mes enfant(s) à participer aux activités proposées par le Service au Bel Age du CCAS de Lançon-Provence en présence de son/ses grand(s)-parent(s) par Mme \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ sous leur responsabilité et eux-mêmes adhérents au service.

J'autorise Mme/M \_\_\_\_\_ à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'atteste que mon/mes enfants sous couverts par l'assurance « Responsabilité civile » :

Nom de l'assureur/coordonnées \_\_\_\_\_

Numéro de contrat \_\_\_\_\_

Droit à l'image : J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) la prise de photos/vidéos de mon/mes enfant(s) lors de ces activités

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'adhésion de Mme et M \_\_\_\_\_ (année 2023).

Merci de recopier la mention « Lu et approuvé »

Date et signature du responsable légal