

AUTORISATION PARENTALE 2025/2026

AUTORISATION PARENTALE POUR ÉTUDIANTS MINEURS

Je soussigné(e), M. / Mme

Représentant(e) légal(e) de

J'autorise mon fils / ma fille à sortir le soir : Oui Non

- Si oui : Le centre JF Accueil et Formation décline toute responsabilité en cas de sortie entre 18h00 et 8h00. Tout dommage, perturbation ou incident survenant pendant cette période reste sous la responsabilité des parents du mineur.
- Si non : Le mineur s'engage à respecter le règlement fixé par le centre JF Accueil et Formation, donc à ne pas quitter le centre entre 20h00 et 8h00.

Délégation de pouvoirs en cas d'urgence

Nom et prénom de l'étudiant(e) :

Nom et du représentant légal :

Adresse du représentant légal :

Code postal :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Autorise la direction du centre JF Accueil et Formation, ou son représentant à prendre toutes les dispositions médicales ou chirurgicales nécessaires en cas d'urgence concernant la santé de mon enfant.

Établissement hospitalier souhaité :

Médecin traitant : Nom.....Téléphone :

Adresse :

Accepte de fournir les renseignements suivants :

Antécédents médicaux (à détailler) :

.....

Diabète Oui Non

Allergies Oui Non

Crises de tétanie Oui Non

Hypertension Oui Non

Maladie cardiaque Oui Non

Asthme Oui Non

Si oui, la ou lesquelles :

Maladie invalidante pouvant entraîner fatigue, lenteur, soins :

.....

Autres renseignements pouvant intéresser le médecin en cas d'urgence :

.....

Date :

Signature de l'étudiant mineur :

Signature du représentant légal :