



## UN JOUR A LISIEUX – 25 mai 2024

### Autorisation parentale

Je, soussigné(e) (NOM, prénom du responsable légal) : .....

Tuteur légal de (*indiquer le nom du jeune*) : .....

Né(e) le (*date de naissance du jeune*) : .....

Demeurant : .....

#### **L'AUTORISE à participer au pèlerinage : Un jour à Lisieux le samedi 25 mai 2024.**

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise ses responsables de groupe, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état.

Cette personne pourra également le sortir du service des urgences, si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant la journée : .....

Remarques (allergies, traitements etc....) : .....

*(en cas de traitement, joindre une copie de l'ordonnance)*

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

#### **Je règle la somme de 40€ : espèces / chèque**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée).

Nous sommes susceptibles d'exploiter les photos prises pendant le pèlerinage.

**En cas de désaccord, cochez cette case**

**Clôture des inscriptions : vendredi 2 février 2024**  
**Aucune inscription ne sera possible après cette date**



## UN JOUR A LISIEUX – 25 mai 2024

### Autorisation parentale

Je, soussigné(e) (*NOM, prénom du responsable légal*) : .....

Tuteur légal de (*indiquer le nom du jeune*) : .....

Né(e) le (*date de naissance du jeune*) : .....

Demeurant : .....

#### **L'AUTORISE à participer au pèlerinage : Un jour à Lisieux le samedi 25 mai 2024.**

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise ses responsables de groupe, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état.

Cette personne pourra également le sortir du service des urgences, si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant la journée : .....

Remarques (allergies, traitements etc....) : .....

(*en cas de traitement, joindre une copie de l'ordonnance*)

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

#### **Je règle la somme de 40€ : espèces / chèque**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée).

Nous sommes susceptibles d'exploiter les photos prises pendant le pèlerinage.

**En cas de désaccord, cochez cette case**

**Clôture des inscriptions : vendredi 2 février 2024**  
**Aucune inscription ne sera possible après cette date**

Aumônerie TIBÉRIADE - 2 rue La Fontaine - 78200 MANTES-LA-JOLIE – 06.52.08.88.56  
[aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com](mailto:aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com)