



MAIRIE DE BEAUZELLE

Autorisations

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur..... autorise mon enfant
..... à être photographié.

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur..... n'autorise pas mon
enfant..... à être photographié.

Date :

Signature :

* Cocher la case choisie

Je soussigné(e), responsable de l'enfant autorise le professeur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant.....

Domicilié(e).....

Tél. domicile :..... Tél. travail :

Portable :.....

Date

Signature suivie de la mention « Lu et approuvé »