



AUTORISATION PARENTALE

Votre
photo
ici

**Pèlerinage diocésain à Lourdes
du au juillet 20.....**

IDENTITÉ DU MINEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Date de naissance :/...../.....

REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM _____ Prénom _____

En qualité de : Père Mère Tuteur légal

Adresse _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone _____

Courriel : _____ @ _____

Présent lors du pèlerinage : OUI NON

Si OUI, je déclare avoir pris connaissance du fait que je suis responsable de mon enfant durant les 4 jours de pèlerinage.

Si NON, je confie la responsabilité de mon enfant à un hospitalier référent âgé de plus de 21 ans.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable _____

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à participer aux 4 journées de pèlerinage organisées par l'Hospitalité landaise, à Lourdes, du au juillet 20.....

J'autorise M. Dominique Labescau (président de l'association) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures en cas d'incident ou d'accident qui pourrait subvenir durant ces 4 jours si le représentant légal (ou le référent) ne pouvait être joint.

Fait le : À :

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé »)