

**AUTORISATION PARENTALE DE SOINS MEDICAUX ET
D'HOSPITALISATION**
**PARENTAL AUTHORIZATION FOR PERFORMING MEDICAL ACTS OR IN
CASE OF HOSPITALIZATION**

Le participant sait-il nager? oui non
Does the participant know how to swim ? yes no

Le participant sait-il faire de la bicyclette? oui non
Does the participant know how to use a bicycle ? yes no

Je soussigné/ I, _____

représentant légal /the legal guardian : père/father mère/mother tuteur/tutor

• atteste que mon enfant est en bonne santé et apte à pratiquer les activités proposées /
certify that my child is healthy and able to participate in the proposed activities

En cas de doutes, merci de préciser/in case of doubts, please specify :

• m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle à
réception de la facture / agree to pay expenses in case of medical intervention,
hospitalization, or surgery after receipt of the bill.

• autorise la prise de paracétamol en cas de douleurs / authorize the use of
acetaminophen in the case of pain

• autorise le directeur du séjour à prendre les dispositions en cas de maladies ou
d'accident et notamment lui donne l'autorisation de faire pratiquer, si nécessaire, une
intervention chirurgicale sous anesthésie générale / authorize the camp director to take
the necessary steps in case of illness or accident, and to approve, if necessary, a surgical
intervention under general anaesthesia

déclare avoir pris connaissance et souscrire aux conditions précisées ci-dessus / have
acknowledged and accepted the conditions stated in this document.

Fait à / Place of signature

Le / Date of signature

Signature