

AUTORISATION PARENTALE
Pour les Stagiaires mineurs

Je soussigné(e).....
père/mère de

Autorise mon enfant à participer au stage musical organisé par MUSIC ACADEMY INTERNATIONAL,

Autorise les responsables de MUSIC ACADEMY INTERNATIONAL à faire appel à un médecin (ou à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence).

Signale que mon enfant doit suivre un traitement médical pendant le stage :

Signale que mon enfant présente un problème de santé surveillé :

Fait à Le .. / .. /

Signature des parents

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Année :

I - IDENTITE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M - F

Groupe sanguin :

Allergie :

II - IDENTITE DE LA PERSONNE AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT

Père - mère - Tuteur (1)

Nom :

Prénom :

Adresse personnelle (a) :

Adresse professionnelle (b) :

Tél. (a).....

Tél. (b).....

Personne à prévenir en cas d'urgence pendant le séjour de l'enfant

Adresse :

Tél.

(1) Rayer la mention inutile.

IMPORTANT : CE DOCUMENT DOIT ÊTRE RENVOYE AVANT LE DEBUT DU STAGE

À REMPLIR OU À BARRER SUIVANT VOTRE CHOIX