



**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE**  
**COLONIE 2025**

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de  
l'enfant .....

N° de sécurité sociale (sur lequel l'enfant est affilié) :

.....

**AUTORISE** les animateurs de colonie à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**N'AUTORISE PAS** les animateurs de colonies à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Le ...../...../..... à .....

Signature :