



AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

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

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

AUTORISE les animateurs de la sortie du Futuroscope à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

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

Le/...../..... à

Signature :