



## 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 :