Votre photo ici

AUTORISATION PARENTALE

Pèlerinage diocésain à Lourdes
du 12 au 15 juillet 2025

IDENTITÉ DU MINEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F M Date de naissance : ……/……/…….

REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : ..... Prénom : .....

En qualité de : □ Père □ Mère □ Tuteur légal

Adresse……..

Code postal : ……. Ville : ……

Téléphone fixe : ……Téléphone portable : ……

Courriel : …….

Présent lors du pèlerinage : OUI NON

Si **OUI,** je déclare avoir pris connaissance du fait que je suis responsable de mon enfant durant la totalité des 4 jours de pèlerinage.

Si **NON,** je confie la responsabilité de mon enfant à un hospitalier référent âgé de plus de 21 ans.
Nom : …… Prénom : …….…… Adresse : ……..……
……
Code postal : ……. Ville : ……..
Téléphone fixe : …… Téléphone portable : …….

<u>AUTORISATION PARENTALE</u>

J'autorise mon enfant à participer aux 4 journées de pèlerinage organisées par l'Hospitalité landaise, à Lourdes, du 12 au 15 juillet 2025. J'autorise M. Dominique Labescau (président de l'association) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures en cas d'incident ou d'accident qui pourrait subvenir durant ces 4 jours si le représentant légal (ou le référent) ne pouvait être joint.

Fait le : …….. À : …….

Signature du représentant légal,
Précédée de la mention « lu et approuvé »