

ACCUEIL PERISCOLAIRE

AUTORISATION de SORTIE

Je, soussigné (e)

M. Mme (prénom et nom):

Adresse:

n° téléphone:

adresse courriel:

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom- prénom :

(Cocher la case)

autorise mon enfant à sortir seul après l'école

n'autorise pas mon enfant à sortir seul, à défaut

Nom	Prénom	lien de parenté	n° de téléphone
.....
.....
.....
.....
.....

Aucun enfant ne sera confié à une personne qui ne figurerait pas dans ce tableau.

Une pièce d'identité pourra être demandée.

Fait à FRETERIVE le

Signature du père et/ou de la mère,