



EbulliScience

La formation en action

Autorisation Parentale

(pour les mineurs-es)

1

Je soussigné·e NOM et PRENOM :

En la qualité de père / mère / tuteur·trice légal·e (rayez les mentions inutiles)

Autorise NOM et PRENOM :

A participé à une session BAFA d'EbulliScience et à y pratiquer toutes les activités proposées, sorties en dehors du lieu de formation incluses.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé du ou de la mineur·e et m'engage à rembourser à EbulliScience les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Fait à

Le / /

Signature :