Je soussigné(e)

(NOM et Prénom)



21. Représentant légal de l’enfant

(NOM et Prénom)



22.Autorise mon enfant à participer à toutes les activités (collectif et individuel) organisées pendant le séjour par le responsable du séjour et son équipe.



J'autorise

23.Autorise, en cas de nécessité et suivant les prescriptions du corps médical, le responsable du séjour à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l’état de mon enfant pour l’hospitalisation et la sortie de l’établissement hospitalier, les traitements médicaux, la ou les interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie.



J'autorise

À transmettre par mail à : [inscription@aisa-ong.org](mailto:inscription@aisa-ong.org)