

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M./Mme : .....

Habitant à : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Autorise mon enfant : .....

à participer au week-end d'intégration de l'UTT ayant lieu du 8 au 10 septembre 2017.

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, à pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Signature :