

NEVASTALGIA
AUTORISATION PARENTALE

Mon enfant, né(e) le/...../....., a la permission de participer
à l'événement, organisé par Nevastalgia le/...../.....

INFORMATIONS DU PARENT OU RESPONSABLE LÉGAL

Nom/Prénom.....
Rue et numéro.....
Ville Région
Code Postal Tél

Par la présente, je dégage Nevastalgia de toute responsabilité s'il s'avérait
qu'un accident survenait à mon enfant pendant la durée de l'événement.

J'autorise le transfert de mon enfant à l'hôpital par un service d'urgences
(Police, pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiquée, en cas d'urgence,
toute hospitalisation, intervention chirurgicale,
y compris une anesthésie.

Je m'engage également à rembourser Nevastalgia tous les frais engagés pour la
santé de mon enfant, mais également toutes dégradations matérielles causées
par celui-ci.

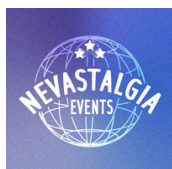
Date

Signature

Précédé par la mention, lu et approuvé

Fait à
Le

Merci de fournir une copie de la pièce d'identité du responsable ayant signé cette autorisation.



NEVASTALGIA

ADRESSE : 11 RUE JEAN BART, 59600 MAUBEUGE - FRANCE

E-MAIL : contact@nevastalgia.com | TÉLÉPHONE : +33 (0)6 26 22 29 86

SITE INTERNET : www.nevastalgia.com