



Tél : 04 50 72 03 29 ou 06 47 03 32 37
mail : aceh74200@gmail.com
site internet : aceh74200.com

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné-e, _____, responsable légal-e de
l'enfant _____, né-e le _____ et
demeurant _____

demande qu'il/elle puisse bénéficier de cours organisés par l'ACEH :

- à mon domicile
- à l'hôpital
- au centre de soins de la MGEN à Évian
- dans son établissement scolaire
- autre → préciser : _____

tél des parents : _____ mail : _____

INFORMATIONS SUR LA SCOLARITÉ

Nom et adresse de l'établissement scolaire : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACEH. **(ci-joint)**
- J'autorise l'association à prendre contact avec l'établissement scolaire.
- Je joins un certificat médical attestant de son incapacité actuelle à suivre une scolarité normale en établissement scolaire.
- Si les cours ont lieu à domicile, je m'engage à ce qu'un membre adulte de ma famille ou un adulte dûment mandaté à cet effet, soit présent pendant toute la durée des cours.
- Je dégage la responsabilité de l'enseignant de l'ACEH en cas de malaise de l'élève durant le cours.

Autres informations : _____

Date: _____

Signature :