

document à transmettre avant le début de la formation, une fois dûment complété sous format papier par courrier à : **UDOVEP formation - BP30192 - 71307 MONTCEAU CEDEX** ou, éventuellement, après numérisation précise (pas de photo), par courriel à : formation@udovep.fr

AUTORISATION PARENTALE

Je, **soussigné(e)** (Prénom et NOM du déclarant) : _____,
 lien (père, mère, tuteur, ...) : _____, **responsable** légal(e)
 de la personne mineure (Prénom et NOM) : _____,
 inscrite à la session de formation, organisée par l'**U.D.O.V.E.P.- Service Formation**, et devant se dérouler à :
 (commune de déroulement) _____,
 du ____ / ____ / 202__ au ____ / ____ / 202__ ,

autorise la personne mineure (rayer les cases inutiles) :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à participer à la totalité de la session de formation ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à participer à toute activité prévue dans le cadre de la formation ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à se rendre sur le site de la formation et à en revenir par ses propres moyens ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à se déplacer hors du site de formation pour les activités organisées dans ce cadre ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à sortir hors du site de formation pour d'éventuels temps libres ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à fumer/vapoter (matière licites) au cours de la formation lors d'éventuels temps libres ; |

autorise l'UDOVEP (rayer les cases inutiles) :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à prendre en charge le jeune à sa gare SNCF d'arrivée (participation financière possible) ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à déposer le jeune à sa gare SNCF de départ (participation financière possible) ; |

demande (rayer les cases inutiles) :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | à être prévenu en cas de médicalisation rendue nécessaire par l'état de santé du jeune ; |
|------------------------------|------------------------------|---|

autorise (rayer les cases inutiles) :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | l' hospitalisation du jeune en cas de nécessité et sur avis médical ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | l' anesthésie du jeune en cas de nécessité et sur avis médical ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | les interventions chirurgicales en cas de nécessité et sur avis médical ; |

accepte (rayer les cases inutiles) :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | les Conditions Générales de Vente et d' Utilisation du Service ; |
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | le Règlement Intérieur inclus dans les CGVUS. |

Fait à : _____ , le ____ / ____ / 202__ .

Conseil aux associations
 Formation à l'animation
 B.A.F.A.
 B.A.F.D.
 à la Gestion Associative.
 C.F.G.A.
 FSHA-HACCP
 Formations Techniques
 Services aux Associations
 Editions
 Services à la Personne.
 Accueils Collectifs