



Municipalité de Sainte-Clotilde
2452 chemin de l'Église
Saint-Clotilde, Qc, J0L 1W0
450 826-3129

AUTORISATION DE DÉPART

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Nom du parent : _____

AJOUT DE PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON ENFANT

**Prévenir un membre de l'équipe de coordination pour tout changement à la liste des personnes autorisées à quitter avec l'enfant.*

NOMS	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONES
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

AUTORISATION POUR QUITTER LE CAMP DE JOUR SEUL

Veillez indiquer les jours ou les dates où votre enfant pourra quitter le camp seul :

Je n'autorise en aucun cas mon enfant à quitter seul le camp de jour.

Signature du parent : _____ Date : _____