



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 : \_\_\_\_\_