



Autorisation parentale

Je soussigné(e),

NOM du représentant légal : _____ PRENOM : _____

DOMICILIÉ (E) * : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL : _____ MAIL : _____

Inscrit et autorise mon enfant

À participer aux activités du Conseil Consultatif de la Jeunesse.

À rentrer seul après chaque action du CCJ se déroulant à Tourrette-Levens.

NOM de votre enfant : _____ PRENOM : _____

NÉ (E) LE : ___/___/___ A : _____

DOMICILIÉ (E)* : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TÉL : _____ MAIL : _____

Certifie avoir pris connaissance et approuver les termes du Règlement Intérieur du C.C.J.

Notamment les parties concernant :

- Les Devoirs du conseiller (**Titre I**) ;

- L'importance de l'engagement du jeune et de son assiduité sur toute la durée de sa participation au C.C.J (**Titre IV : Article V « Absences », Article VI « Exclusion et remplacement »**).

FAIT À : _____ LE : _____

SIGNATURE :

* joindre un justificatif de domicile