



RAMASSAGE ESPACE JEUNES
TOUSSAINT 2025
AUTORISATION PARENTALE
POUR LE TRANSPORT DE MINEURS DE 11 ANS ET PLUS



Je soussigné(e) M^{me}/M. (Nom, Prénom) :
demeurant
courriel :@.....
autorise mon enfant (Nom, Prénom) : né(e) le : / /
dont je suis la mère / le père / le tuteur légal

à utiliser le service de ramassage de l'Espace jeunes de la CCNEB

En cas de besoin, je demeure joignable au :

Téléphone du domicile : Téléphone professionnel :

Téléphone mobile :

Je m'engage à fournir un dispositif homologué de retenue (siège réhausseur) si mon enfant en a besoin.

Fait, le

Pour servir et valoir ce que de droit,
Signature du représentant légal