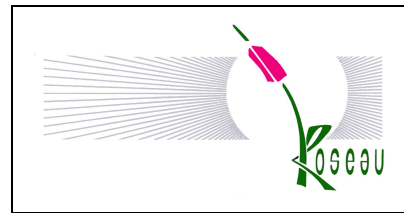


AUTORISATION PARENTALE

Ce feuillet est rempli par l'enfant et ses parents, lorsque le diagnostic de la maladie est posé et expliqué par le personnel médical et soignant d'HOP.

Pour bénéficier de toutes les actions de Roseau, il nous faut l'accord de l'enfant et de ses parents, ainsi que leurs coordonnées.

ROSEAU
Association Loi 1901
BP 2064
51072 REIMS Cedex
03.26.07.41.11 (répondeur, fax)



Monsieur :

Madame :

Parents de : Né(e) le:

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mobile :

Acceptent de donner les coordonnées ci-dessus à l'Association ROSEAU pour le "fichier enfant" (**sous couvert de l'utilisation confidentielle de ces renseignements**).

Autorisation à l'Association ROSEAU :

Je soussigné(e), M. / Mme..... , père, mère :

de l'enfant : **autorise l'Association ROSEAU pour les sorties et/ou**

l'utilisation des photographies de mon enfant, pour ses diverses manifestations publiques.

Fait à Reims, le : Signature :