

AUTORISATION PARENTALE POUR LES PERSONNES DE 15 ANS OU MOINS

Je soussigné(e), _____
[Nom complet du parent/tuteur],

demeurant au _____
[Adresse complète du parent/tuteur],

en ma qualité de _____
[Père / mère / tuteur légal],

autorise mon enfant _____
[Nom complet de l'enfant],

né(e) le _____
[Date de naissance de l'enfant],

à s'inscrire et utiliser le Transport Coup de pouce de la MRC d'Abitibi-Ouest

Coordonnées en cas d'urgence

Tél. portable : _____
[Numéro de téléphone du parent]/tuteur

• Tél. fixe : _____
[Numéro de téléphone fixe du parent/ tuteur]

• Courriel : _____
[Adresse courriel du parent/tuteur]

Fait à _____, le _____
(Nom de la municipalité) (Date du jour)

Signature du parent/tuteur : _____
[Signature]

RAPPEL

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES AGÉES DE 15 ANS OU MOINS