

Je soussigné(e)(nom, prénoms).....

Résidant à (adresse, code postal,ville)

.....
.....

Père / Mère / Tuteur et représentant légal de (nom, prénom de l'enfant).....

Né(e) le (date de naissance de l'enfant).....

Autorise l'association Jardin des 7 Sens à faire procéder à l'hospitalisation de mon fils / ma fille, en cas de besoin, durant son séjour à l'ATEL de Saint Martin La Patrouille.

Cette hospitalisation pourra être réalisée dans l'établissement public ou privé le plus adapté à la situation.

Cette hospitalisation devra être réalisée dans l'établissement de mon choix, soit

.....
.....

Fait à

Le

Nom Prénom.....