



J'autorise ma fille/ mon fils \_\_\_\_\_  
à participer au Weekend programme CISV

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Numéro de tél en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Mon enfant souffre d'une allergie : Oui - Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Mon enfant doit prendre un médicament : Oui - Non

Si oui, lequel (détail) : \_\_\_\_\_

Je suis d'accord que le CISV Luxembourg peut utiliser et publier des photos, des dessins et des textes, ainsi que des enregistrements vidéo ou audio, créés dans le cadre d'un programme du CISV pour la production de matériel éducatif ou promotionnel, y compris sur les pages internet et dans les médias sociaux officiels du CISV Luxembourg. Ces éléments peuvent être utilisés ou publiés avec le prénom (ou le surnom), l'âge et la nationalité de l'enfant. Les enfants ne seront identifiés par leur nom complet qu'après consentement explicite des parents.

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_

**! Veuillez svp. présenter cette autorisation au début du programme**