AUTORISATION PARENTALE

		Date :
◯ unique	Date du:	◯ pour l'année scolaire:

Coordonnées du représentant légal		
◯ Père	◯ Mère	◯ Tuteur
Nom et prénom:		
Adresse:	L-	Localité:
N° de téléphone:		

Coordonnées de l'enfant
Nom et prénom:

☐ **Je donne mon accord à ce que l'enfant puisse quitter la Maison Relais:**

◯ Avec le Bummelbus	◯ seul
Avec Mme./Mr.	

Le(s) jour(s) suivant:

Lundi	à	heures
Mardi	à	heures
Mercredi	à	heures
Jeudi	à	heures
Vendredi	à	heures

Signature du parent/Tuteur:

41, rue de Schandel
L-8707 Useldange
Tél : (352) 26 61 14 – 50
E-mail : maisonrelais@useldeng.lu
Site internet : www.useldeng.lu