

Je soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

Pour l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom complet de l'enfant

☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à☐ À obtenir de / ☐ À transmettre à

Les renseignements suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'autorisation de ce document est valable de la date de signature jusqu'au 30 septembre 2026.  
Les données personnelles seront détruites une fois le camp de jour terminé.

\_\_\_\_\_

Témoign à la signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Par cette autorisation, les principaux responsables de votre enfant pourront communiquer avec les personnes-ressources impliquées auprès de lui. Un partage d'information a pour but de connaître et de répondre aux besoins spécifiques de votre enfant en gardant en tête l'inclusion de celui-ci.*