



S.E.A. Beiestack

Service d'éducation et d'accueil

11c, Grand-rue L-8510 Redange



Autorisation Parentale

unique (date _____)

pour l'année scolaire _____

Je soussigné(e)

Père Mère Tuteur

Demeurant à

.....

Téléphone :

DONNE MON ACCORD à ce que l'enfant

Nom

Prénom

puisse quitter tout seul le S.E.A. Beiestack :

| | Départ vers | Bummelbus | | Retour vers | Destination |
|----------|-------------|-----------|-----|-------------|-------------|
| | | OUI | NON | | |
| Lundi | | | | | |
| Mardi | | | | | |
| Mercredi | | | | | |
| Jeudi | | | | | |
| Vendredi | | | | | |

Fait à le

Signature du parent / tuteur _____