

# AUTORISATION PARENTALE OU ADMINISTRATEUR DE LA PERSONNE

## POUR LES ACTIVITES EN RESIDENTIEL

Concerne : tous les membres qui ont moins de 18 ans ou qui ont un administrateur de biens

**Coordonnées du groupe :**

ASBL Équipes Saint-Michel, 85 Avenue de Tervueren, 1040 Bruxelles – Présidente : Véronique Bontemps

**A compléter par le parent/administrateur :**

Je soussigné(e) (prénom, nom) : .....

père    mère    tuteur    Orépondant

autorise (prénom, nom) .....

à participer au pèlerinage à Lourdes organisé par Les Equipes Saint-Michel ASBL du 16 au 23 août 2025

**Durant les activités :**

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses animateurs.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé sous la supervision d'un médecin local.
- Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de la personne par le responsable de l'activité. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé du pèlerin, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.
- Je décharge de toute responsabilité l'asbl Équipes Saint-Michel Bruxelles, ainsi que ses organisateurs en cas d'incident indépendant de leur volonté.
- Je m'engage à ce qu'une personne soit joignable par téléphone, et ait la possibilité de venir rechercher le participant ou assurer les frais encourus.

Fait à ..... le .....

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2

Autorisation à avoir sur soi le jour du départ **ET** à envoyer par mail à : [info@equipesstmichel.org](mailto:info@equipesstmichel.org)