



**Camp de jour**  
**Ville de Saint-Rémi**  
25 rue Saint-Sauveur  
Saint-Rémi, Qc, J0L 2L0  
450 454-3993

## AUTORISATION DE DÉPART

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_

### AJOUT DE PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON ENFANT

*\*Prévenir un membre de l'équipe de coordination pour tout changement à la liste des personnes autorisées à quitter avec l'enfant.*

NOMS	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONES
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### AUTORISATION POUR QUITTER LE CAMP DE JOUR SEUL

**Veuillez indiquer les jours ou les dates où votre enfant pourra quitter le camp seul :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je n'autorise en aucun cas mon enfant à quitter seul le camp de jour.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_