



**SCOUTS DU SENEGAL**  
REGION .....  
DISTRICT .....  
GROUPE .....



**A U T O R I S A T I O N D E C A M P E R**

**A REMPLIR PAR LES PARENTS**

Je soussigné.....  
.....

Profession .....

Adresse ..... Téléphone .....

Autorise mon enfant ..... A participer au camp  
du : ..... au : .....

A : .....

N° d'inscription au registre de l'Unité : .....

Précautions particulières éventuelles : .....

Sachant que toutes les précautions seront prises, je lui permets de prendre part à toutes les activités du camp, compte tenu de l'avis médical.

J'autorise la direction du camp à faire pratiquer sur lui en cas d'urgence toute hospitalisation ou toute intervention médicale nécessitée par son état, sur décision du médecin.

*Signature*

Je verse ..... F pour frais de participation  
Modalité du versement :