CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES COLLÉGIENS DE L'INDRE

AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ (PÈRE, MÈRE, RESPONSABLE LÉGAL)

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE :

.....

.....

TÉLÉPHONE : .....

.....

EMAIL : .....

☐ **AUTORISE MON ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Élève en classe de 5e au collège .....

de .....

- à se présenter aux élections du Conseil Départemental des Collégiens pour le mandat 2022/2025

☐ Je suis informé que mon enfant devra participer :
- à 2 réunions par année scolaire au Conseil départemental de l'Indre(dédommagement possible des frais kilométriques),
- à l'ensemble des activités du Conseil Départemental des Collégiens.

☐ J'ai pris connaissance du règlement du Conseil départemental des Collégiens (voir document ci-joint)

DATE : le / / 2022

SIGNATURE :