



Association Mopsus Concept Camp
5, rue du Daguet
47200 MARMANDE

Objet : Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e) Madame / Mademoiselle / Monsieur*

Résidant à

Père / Mère / (autre lien de parenté)* et représentant légal de

Né(e) le _____,

Autorise MOPSUS CONCEPT CAMP à faire procéder à l'hospitalisation de mon
fils / ma fille*, en cas de besoin, durant le séjour se déroulant du au
JUILLET 2019 à Miramont* (47) ou à Agen* (47) .

Cette hospitalisation pourra être réalisée dans l'établissement public ou privé le
plus adapté à la situation.

Fait à _____, le

Prénom, nom, signature

(*rayer les mentions inutiles)