

Décharge pour retour à domicile non-accompagné

J'autorise mon enfant

Nom prénom :

à rentrer seul le :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Il/Elle peut quitter l'UAPE à (heure)

Dès le jusqu'au

Remarques :

.....

.....

J'autorise mon enfant à rentrer seul et je prends l'entière responsabilité du trajet et de ses éventuelles conséquences.

Lieu et Date :

Signature du/de la représentant/e légal/e