

DECHARGE DE RESPONSABILITE POUR SATOLAS EN FORME 2025-26

☐ CENTRE AERE LE MERCREDI A 17 H *

☐ PERISCOLAIRE SELON HORAIRE DES COURS *

* Cocher la case concernée

Je soussigné autorise les représentants de SATOLAS EN

FORME (professeurs et/ou membres du bureau) à prendre en charge mon/mes enfants :

Nom / prénom

Nom / prénom

Pour assister aux cours prévus.

Date :

Signature du représentant légal :

EXEMPLAIRE PERISCOLAIRE/CENTRE AERE

DECHARGE DE RESPONSABILITE POUR SATOLAS EN FORME 2025-26

☐ CENTRE AERE LE MERCREDI A 17 H *

☐ PERISCOLAIRE SELON HORAIRE DES COURS *

* Cocher la case concernée

Je soussigné autorise les représentants de SATOLAS EN

FORME (professeurs et/ou membres du bureau) à prendre en charge mon/mes enfants :

Nom / prénom

Nom / prénom

Pour assister aux cours prévus.

Date :

Signature du représentant légal :

EXEMPLAIRE SATOLAS EN FORME