

DECHARGE DEPART AVEC PERSONNE AUTORISEE

Je/nous

autorise/ons

à venir chercher mon/notre enfant

à l'UAPE de.....

jours	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
horaires					

Par la signature de cette décharge, nous acceptons que l'AJET décline toute responsabilité dès la sortie des locaux UAPE.

Signature(s)

Date :