



## AUTORISATION DE PARTICIPATION D'UN MINEUR (12-17 ans)

Je soussigné.e

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Date et lieu de naissance :**  
**Demeurant :**  
**Téléphone :**  
**Mail :**

Autorise mon fils-ma fille – autre (merci de préciser le lien d'autorité)

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Date et lieu de naissance :**  
**Demeurant :**  
**Téléphone :**  
**Mail :**

A participer au concours-photo « Double Regard du Seignanx » organisé par la Communauté de communes du Seignanx du 1<sup>er</sup> mars au 12 juin 2021, et avoir pris connaissance du règlement.

Fait à :

Le :

La mère/Le père ou la tutrice /Le  
tuteur de l'enfant mineur

**Nom Prénom**

**Signature**