



FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE – PARENTAL AUTHORIZATION FORM

Mineurs de 13 à 17 ans / Minors aged 13 to 17

1. IDENTITÉ DU MINEUR / MINOR INFORMATION

Nom-Prénom / Last name-First name: _____

Date de naissance / Date of birth: ____ / ____ / ____ Âge / Age: ____

Adresse / Address: _____

Ticket Festival Clin d'Œil: T _____ - _____ -E1267663

2. REPRÉSENTANT LÉGAL / LEGAL GUARDIAN

Nom-Prénom / Name: _____

Téléphone urgence / Emergency phone: _____

Email: _____

3. AUTORISATION / AUTHORIZATION

Je soussigné(e), représentant légal, autorise la participation du mineur au Festival Clin d'Œil 2026 et accepte le règlement intérieur. / I, the undersigned legal guardian, authorize the minor to attend the Clin d'Œil Festival 2026 and accept the internal regulations.

4. MODE DE RESPONSABILITÉ / RESPONSIBILITY

☐ Accompagné par / Accompanied by: _____

Nom-Prénom / Name: _____ Téléphone / Phone: _____

Email: _____

☐ Mineur autorisé par son représentant légal à circuler seul sur le site du festival (16–17 ans uniquement). / Minor authorized by their legal guardian to move around the festival site without an accompanying adult (16–17 years old only).

5. ENGAGEMENTS / DECLARATION

Le mineur reste sous la responsabilité du parent ou de la personne désignée. L'organisation décline toute responsabilité en cas de non-respect des règles ou de circulation non encadrée. / The minor remains under the responsibility of the parent or designated adult. The organization declines all responsibility in case of non-compliance or unsupervised movement.

6. SANTÉ ET PIÈCES / HEALTH & DOCUMENTS

Allergies: _____ Traitement / Treatment: _____

Autres informations / Other information: _____

7. SIGNATURES / SIGNATURES

Pièces à fournir / Required documents: pièce d'identité du parent et de l'accompagnateur le cas échéant / parent ID and accompanying adult ID if applicable.

Ce formulaire doit être remis sur place, à l'entrée du village, au moment du retrait du bracelet. / This form must be submitted on site, at the village entrance, when collecting the wristband.

Fait à / Place: _____ Date: ____ / ____ / ____ Signature parent / Guardian signature: _____

Association CinéSourds, 13 rue du Colonel Charbonneau - 51100 Reims – France

contact@clin-doeil.eu

Siret : 434 280 988 00040 / APE : 7430 Z / N° Associatif : W513001208 / N° Licence : 3-1072348