

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE SCOLAIRE

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Adresse :

Téléphone :

Responsable de/des enfant(s) (Nom et Prénom) :

.....

.....

En classe(s) de :

Autorise l'(les) enfant(s) désigné(s) ci-dessus à participer aux sorties ou déplacements scolaires annuels et à utiliser les transports (car, mini-bus). J'autorise également les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions de soins médicaux, d'hospitalisation, d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

À, le

Signature du responsable :

