

FICHE D'AUTORISATION PARENTALE
Lycée Joseph Desfontaines

VOYAGE OU SORTIE SCOLAIRE

AUTORISATION / ASSURANCE

Je soussigné (e) responsable de
l'élève inscrit (e) en classe de

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence : (personnel) (autre)

Je déclare avoir pris connaissance du programme détaillé du voyage – de la sortie* en
qui aura lieu du (date et heure) au (date et heure)
et j'autorise mon enfant à y participer en remplissant l'acte d'engagement suivant.

Je déclare que mon enfant est assuré contre les accidents subis (assurance individuelle accidents corporels) ou causés (responsabilité civile).

Joindre une attestation et, en cas de voyage à l'étranger, vérifier que cela s'applique dans le(s) pays concerné(s). *CETTE ASSURANCE EST OBLIGATOIRE.*

* rayer la mention inutile

AUTORISATION MEDICALE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. En dehors des informations confidentielles transmises à l'infirmière du Lycée, **voulez-vous nous transmettre d'autres éléments** ?

L'enfant a-t-il actuellement un traitement médical spécifique? OUI NON

Si oui, doit-il le suivre pendant le voyage ? OUI NON
si oui, fournir la prescription médicale et le traitement au professeur organisateur

Fait-il l'objet d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON

..... autres informations :

.....

.....

A.....Le

Signature du responsable légal (préciser mère, père, autre)