la ligue de l'enseignement
séjours éducatifs
Agir en citoyens

Autorisation de départ

Doc. ❷

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : ……

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : ……

ADRESSE :……

CODE POSTAL : /___/___/___/___/___/ VILLE : ……

N° TELEPHONE JOIGNABLE PENDANT LE SEJOUR : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

N° SECURITE SOCIALE :…… OU N° CMU **:** ……

NOM ET ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE : ……

NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE SCOLAIRE : ……

……

VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE : ☐ OUI ☐ NON -SI OUI, A QUOI ? ……

……

TRAITEMENT EN COURS : ☐ OUI ☐ NON Si OUI **Joindre l'ordonnance avec les médicaments**

NOM ET PRENOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT : ……

TEL DU MEDECIN : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

ECOLE : ……

CLASSE DE M., Mme, Mlle : ……

SEJOUR EN CLASSE DE DECOUVERTE A : ……DU: ……/……./……. AU ……/……./…….

Déclaration du responsable légal

Pour être admis en classe de découverte cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l'enfant

Je soussigné(e) ……..responsable de l'enfant …….....
Inscrit au séjour en classe de découverte
reconnais avoir pris connaissance du projet du séjour et de ses conditions de déroulement,

1- autorise les enseignants à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin,
2- m'engage à rembourser les prestations de sécurité sociale, en cas de maladie ou d'accident,
3- m'engage à fournir tous les documents nécessaires le jour du départ et à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la sécurité sociale,
4- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la classe de découverte,
5- autorise les enseignants du séjour à confier le jour du retour mon enfant à (si différent du responsable légal) :

M., Mme, Mlle ……

Fait à …… le…… Signature