

---

## AUTORISATION PARENTALE

### *De prise en charge médicale et de transport*

---

Je, soussigné(e) Mme  / M  (Nom – Prénom), .....

Adresse : .....

Tél. professionnel : ..... Tél. domicile : ..... Tél. autre : .....

autorise les enseignants encadrant toutes les sorties scolaires (UGSEL, AECS, évènements organisés par le collège) à faire procéder, en cas d'urgence, à toute intervention médicale ou chirurgicale, pour l'année scolaire 2021-2022, que nécessiterait l'état de santé

de ....., né(e) le .....

en classe de ..... au collège Saint Joseph de Plouescat

Fait à..... le.....

Signature

---

Afin de réduire les coûts de transport, nous sommes parfois amenés à nous déplacer soit en car, soit en voiture. Les dispositions nécessaires sont prises au niveau de l'assurance.

Nous aurions néanmoins besoin de votre accord pour véhiculer votre enfant.

Je, soussigné(e) Mme  / M  (Nom – Prénom), .....

responsable légal de l'enfant ..... en classe de .....

- autorise mon enfant à circuler à bord du véhicule de l'enseignant (ou minibus de la commune)
- autorise mon enfant à circuler à bord du véhicule d'un parent accompagnateur
- autorise mon enfant à circuler en transport en commun

En vous remerciant de votre compréhension

Béatrice Le Saint  
Directrice