
ANNEXE 6 : AUTORISATION PARENTALE

de prise en charge médicale et de transport

Je, soussigné(e) Mme ☐ / Mr ☐ (Nom – Prénom),

Adresse :

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

Autorise(nt) les membres de l'équipe éducative (enseignants, personnel OGEC ou AESH) encadrant toutes les sorties scolaires (UGSEL, AECS, événements organisés par le collège) à faire procéder, en cas d'urgence, à toute intervention médicale ou chirurgicale, pour l'année scolaire 2025-2026, 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 ☐ / Mr ☐ (Nom – Prénom),

responsable légal de l'enfant en classe de

☐ autorise mon enfant à circuler à bord du minibus de la commune ou d'un véhicule d'un membre de l'équipe éducative (enseignant, personnel OGEC ou AESH).

☐ autorise mon enfant à circuler à bord du véhicule d'un parent accompagnateur.

☐ autorise mon enfant à circuler en transport en commun.

Signature