

## VOYAGE SCOLAIRE

Lieu : **ANGLETERRE**

Dates : **du jeudi 9 mars au mardi 14 mars 2017 inclus**

### AUTORISATION DE SORTIE – ATTESTATION D'ASSURANCE ENGAGEMENT PARENTAL

78 rue des Douets  
BP 9549  
37095 Tours Cedex  
tel : 02 47 88 10 30  
fax : 02 47 54 64 84  
lyc-choiseul-tours  
@ac-orleans-tours.fr

Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal) :

N° de téléphone :

domicile

travail

portable

#### 1) Autorise mon enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
téléphone portable de l'élève: \_\_\_\_\_

A participer au voyage scolaire et à utiliser les moyens de transport prévus.

**2) Atteste sur l'honneur** que mon enfant est assuré pour ce genre d'activités (dommages et responsabilité civile et individuelle) par la Compagnie :

Agence :

N° du contrat :

**3) Autorise** les responsables du voyage scolaire à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, prescrites par les autorités médicales à l'égard de mon enfant.

4) Autorise/ N'autorise pas (*rayez la mention inutile*) la publication de photos de mon enfant sur le site du lycée.

5) Entourez le régime de votre enfant : interne / DP au forfait / autre

Les élèves demi-pensionnaire au forfait (uniquement) peuvent faire la demande d'un panier repas préparé par le Lycée. Celui-ci sera prévu d'office pour les internes.

Pour les DP au forfait, cochez la case :

oui, je commande le panier repas prévu par le lycée.

non, je ne commande pas le panier repas prévu par le lycée.

Observations relatives à la santé de mon enfant **à compléter au dos de cette feuille.**

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature des Parents (ou responsable légal)



### **Situation médicale**

Indiquez toute information que les accompagnateurs auraient besoin de connaître pour mieux prendre en charge votre enfant (allergie à un aliment, médicament, pollen, autre)

2/2

### **Traitement médical**

Précisez les médicaments pris en confiez une photocopie de l'ordonnance à votre enfant.

**Date du dernier vaccin antitétanique:**

**Groupe sanguin s'il est connu:**

Fait à

le

Signature des Parents (ou responsable légal)