
Groupe Scolaire Jules Verne

35250 CHEVAIGNE

Tél./Fax 02.99.55.19.12

chevaigne35.ecole2000@wanadoo.fr



AUTORISATION DE SORTIE SCOLAIRE.

Dénomination de la sortie : _____

Je, soussigné M. Mme _____ père, mère, tuteur légal

Adresse _____

Numéros de téléphone : Domicile _____
Travail _____
Portable _____

Autorise mon fils / ma fille

Nom : _____
Prénom : _____
Classe : _____
Né(e) le _____
à _____

à participer à la sortie scolaire prévue le ____ / ____ / _____, suivant les conditions fixées par l'/les enseignant(s) organisateur(s) et à utiliser le moyen de transport choisi : car

* Donne au responsable l'autorisation de prendre toute décision qu'il jugerait utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale.

* *Renseignements utiles que vous jugez nécessaire de donner (prise de médicaments, allergies...)* :

Date et signature :