

\_\_\_\_\_  
*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 :**