

Zone du logo de
l'établissement



Prénom Nom du responsable du projet

Prénom Nom du responsable de
l'établissement

Nom de l'établissement
adresse postale de l'établissement
adresse mail de l'établissement
N° de téléphone de l'établissement

AUTORISATION PARENTALE DE PARTICIPATION
A UNE SORTIE SCOLAIRE POUR UN ELEVE MINEUR

Enfant :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Représentant légal :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Courriel : _____ @ _____

J'autorise mon enfant à participer à la classe transplantée ou sortie scolaire à
(lieu) _____ du (départ) _____ au
(retour) _____ organisé par Mme / M. _____ ,
professeur de _____ et, dans le cadre du séjour, à participer à
toutes les activités prévues sous la responsabilité des enseignants.

J'autorise les enseignants du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

« Lu et approuvé » :

Date et signature du responsable légal

« Lu et approuvé » :

Date et signature de l'élève