**Classe de découverte du 11 au 13 mars 2019**

**Séjour avec nuitée - Centre Bouessé- La Garenne**

**Autorisation parentale**

**L’enfant ou les enfants :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Les responsables de l’enfant (les 2 parents doivent donner leur autorisation) :**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médecin traitant et sécurité sociale**

Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Régime de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de la caisse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***1/2***

**Déclaration des responsables légaux**

*Sans signature de ce document par ses responsables légaux nommés plus haut,   
l’enfant ne pourra partir en classe de découverte.*

Nous soussignés, responsables du ou des enfants inscrits au recto :

* autorisons le départ de notre/nos enfant(s) en classe de découverte
* reconnaissons avoir pris connaissance du projet de séjour et acceptons les conditions de déroulement ci-dessous :
* nous autorisons notre/nos enfant(s) à participer à toutes les activités de la classe de découverte
* nous autorisons le transport en car de notre/nos enfants durant cette classe de découverte
* nous nous engageons à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel de notre/nos enfant(s) à son domicile, ainsi que des frais d’accompagnement d’un animateur, pour des raisons de santé ou de comportement jugé inapproprié par les enseignants
* nous autorisons les enseignants à faire soigner notre/nos enfant(s) et à faire pratiquer les interventions d’urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin
* nous nous engageons à rembourser les prestations de sécurité sociale, en cas de maladie ou d’accident
* nous nous engageons à fournir les documents nécessaires au départ pour le lundi 25 février au plus tard (retour des congés de février) : fiche sanitaire de liaison accompagnée du présent document

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Signatures des responsables légaux du/des enfants :***

***2/2***