Lycée Claude Nicolas Ledoux
EBTP • créer & construire

Lycée Privé d'Enseignement Général et Technologique

RECONNU ET SOUS CONTRAT D'ASSOCIATION AVEC L'ETAT
Etablissement labellisé par le Ministère de l'Education Nationale
" Lycée des Métiers de la Construction et de son Environnement "

18 rue de BELFORT - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - Fax. 01 43 98 96 87 - www.ebtp.info

LYCEE - LYCEE PROFESSIONNEL

A U T O R I S A T I O N PARENTALE

D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE SCOLARITE 2015/2016

Je soussigné

Nom: _____ ***Prénom*** _____

Adresse : N° _____ ***Rue*** _____ ***Ville*** _____

Téléphone domicile : _____ ***Téléphone employeur :*** _____

N° S.S : _____ ***Centre :*** _____

Parents de l'élève NOM : _____ ***Prénom :*** _____ ***Classe :*** _____

A U T O R I S E :

Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie - réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon ☐ fils, ou, ma ☐ fille.

Si son état ne justifie pas le transfert par le SAMU ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais* par une ambulance.

FAIT à _____ Le _____

Signature précédée de la mention " lu et approuvé "

** Ces frais ouvrent droit à remboursement par la sécurité sociale dès lors qu'un médecin a reconnu la nécessité du transfert avant le départ du lieu de l'accident ou à l'arrivée à l'hôpital.*

Personne pouvant être appelée rapidement en cas d'accident :

Nom _____

N° téléphone personnel : _____ ***Portable :*** _____

N° téléphone professionnel : _____

Adresse: _____

Lycée Claude Nicolas Ledoux
EBTP • créer & construire

Lycée Privé d'Enseignement Général et Technologique

RECONNU ET SOUS CONTRAT D'ASSOCIATION AVEC L'ETAT
Etablissement labellisé par le Ministère de l'Education Nationale
" Lycée des Métiers de la Construction et de son Environnement "

18 rue de BELFORT - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - Fax. 01 43 98 96 87 - www.ebtp.info

AUTORISATION DE SORTIE

LYCEE PROFESSIONNEL – LYCEE

Je soussigné, Madame ou / et Monsieur _____

En qualité de ☐ **Parent** ☐ **Tuteur**

Autorise : mon : ☐ **FILS, ma** ☐ **FILLE**

NOM : _____

PRENOM : _____

CLASSE : _____

☐ **EXTERNE** ☐ **INTERNE** ☐ **DEMI-PENSIONNAIRE**

☐ **A sortir en dehors des heures de cours.**

☐ **A sortir après l'heure du déjeuner.**

☐ **A rejoindre son domicile en cas d'absence d'un Professeur en fin de journée.**

☐ **A rester dans l'Etablissement en étude.**

JE DEGAGE L'ECOLE DE TOUTES RESPONSABILITES EN CAS D'ACCIDENT.

AUTORISATION VALABLE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2015/2016.

Fait à : _____

Le : _____

NOM & SIGNATURE