



**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

## **P.E.S. - LYCEE - LYCEE PROFESSIONNEL**

### **A U T O R I S A T I O N P A R E N T A L E**

### **D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE**

**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

**P.E.S. - LYCEE - LYCEE PROFESSIONNEL**  
**AUTORISATION DE SORTIE**

**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 2018/2019.**

**Fait à :** .....

**Le :** .....

**NOM & SIGNATURE**