



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 "

30 - 32 rue de PAIX - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - 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 :** 2019

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 "

30 - 32 rue de PAIX - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - 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 2019/2020.

Fait à :

Le :

NOM & SIGNATURE