

# AUTORISATION PARENTALE POUR SORTIE SCOLAIRE AVEC NUITEE(S)

*École Primaire St Joseph*

Rue Quintin

56 250 Elven

Tel : 02 - 97 - 53 - 30 - 94

Fax : 02 - 97 - 53 - 31 - 86

e-mail: [ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr](mailto:ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr)



site web : [www.ecole-stjoseph-elven.org](http://www.ecole-stjoseph-elven.org)

Je soussigné(e),

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE .....

TELEPHONE .....

**RESPONSABLE de l'ENFANT :**

NOM ..... PRENOM ..... CLASSE .....

**J'autorise :**

- à participer au voyage organisé par l'école les 4 et 5 mai 2017.

**Etablissement d'accueil : Village Vacances de Blainville sur Mer**

- à utiliser les modes de transport suivants : transport en autocar

**J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.**

A ..... le .....

Signature du responsable



**Ecole St Joseph - 56250 Elven**

☎ : 02 - 97 - 53 - 30 - 94 - fax : 02 - 97 - 53 - 31 - 86

