

# AUTORISATION PARENTALE POUR SORTIE SCOLAIRE AVEC NUITEE(S)

*École Primaire St Joseph*

Rue Quintin

56 250 Elven

802 - 97 - 53 - 30 - 94

Fax : 02 - 97 - 53 - 31 - 86



*e-mail:ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr*

*site web:www.ecole-stjoseph-elven.org*

Je soussigné(e),

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

ADRESSE .....

TELEPHONE .....

**RESPONSABLE de l'ENFANT :**

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

**l'autorise :**

- à participer au voyage organisé par l'école

LIEU : Centre CCAS Ville de Vannes - 56870 Larmor BADEN

DATE(S) : du 29 et 30 mai 2017

- 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



**École St Joseph - 56250 Elven**

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

