

AUTORISATION PARENTALE A LA PARTICIPATION AU VOYAGE FACULTATIF EN ITALIE

Titre : Echange scolaire franco-italien – Voyage en Italie 2017

Date : du 5 au 12 février 2017 – Classes concernées : 3^e

NOUS, SOUSSIGNES – père – mère – représentant légal – tuteur – (*rayez les mentions inutiles*)

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

AUTORISONS NOTRE ENFANT :

Nom : Prénom :

scolarisé(e) en classe de : au collège de Bordeaux.

A PARTICIPER AU VOYAGE SCOLAIRE FACULTATIF EN ITALIE (Pise en Toscane)

(aucune annulation ne sera acceptée sauf sur présentation d'un certificat médical)

En outre :

- Nous reconnaissons les conditions de participation à ce voyage et acceptons les modalités d'organisation telles qu'elles nous ont été transmises par l'établissement ; en particulier nous autorisons notre enfant à prendre l'ensemble des moyens de transport prévus (avion avec la compagnie aérienne Easyjet + bus).
- Nous nous engageons à autoriser notre enfant à quitter le territoire national ainsi qu'à accomplir les diverses formalités demandées à cet effet et suivant le calendrier établi par le professeur responsable.
- Nous déléguons nos droits et devoirs de surveillance de notre enfant aux personnes physiques ou juridiques désignées par le chef d'établissement qui l'encadrent (les sorties nocturnes non accompagnées par les professeurs ou par un membre adulte de la famille d'accueil ne sont pas autorisées par l'établissement).
- Nous nous engageons à acquitter le montant de la participation des familles selon l'échéancier arrêté.
- Nous attestons que notre enfant est en possession de la carte européenne de santé délivrée par la Sécurité sociale et d'un document d'identité (passeport ou carte d'identité) en cours de validité – N° / Expire le/...../.....
- Nous déclarons avoir souscrit au nom de notre enfant une assurance responsabilité civile individuelle auprès de la société – Police N°
- Nous nous portons garants des conséquences que pourrait entraîner, pour les participants, une infection contagieuse qui n'aurait pas été déclarée auparavant.
- En cas de maladie ou d'accident, nous prenons connaissance du fait que nous serons, dans la mesure du possible et si nous sommes joignables, informés afin de convenir des soins nécessaires à dispenser, y compris une intervention chirurgicale, en cas d'urgence.

- Renseignements complémentaires obligatoires :

Parents ou responsable à joindre éventuellement pendant la durée du séjour à l'étranger :

Nom – Prénom	Téléphone	Adresse électronique

Santé de l'enfant : cf. la fiche sanitaire de liaison complétée – Eventuellement, groupe sanguin :

En cas de séparation de corps, de divorce, l'autre parent a été consulté.

Vu et pris connaissance du projet et de l'engagement ci-dessus.

Lieu et date :, le/...../..... Signature du/des parent(s) ou responsable légal :