LYCÉE GERMAINE TILLION

INSCRIPTION DEFINITIVE ET AUTORISATION PARENTALE A UN VOYAGE, APPARIEMENT OU SORTIE FACULTATIF(VE) 4B

Je soussigné, M. ……,
Demeurant à : (adresse complète) ……
Tél : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ **Port.** /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Responsable légal de l'élève (nom et prénom) **:** ……
en classe de : ……, **date de naissance :** /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
L'autorise à participer au(à la) voyage/appariement/sortie facultatif(ve), organisé par l'établissement du /___/___/___/___/201….. **au** /___/___/___/___/201…., **pour la destination de :** ……

J'accepte les modalités d'organisation de ce projet, telles qu'elles ont été autorisées par la Commission Permanente dans la Charte des voyages, et dont j'ai pris connaissance par la fiche descriptive ci-jointe.

Je m'engage à verser la somme de …83… **€ en un seul versement ou selon l'échéancier indiqué(fiche 4A), par chèque ou espèces, au nom de l'Agent Comptable du lycée Germaine TILLION.**
Ce montant est susceptible d'évoluer dans une proportion de plus ou moins 10% (régularisé au dernier versement).

J'autorise le responsable (écrire le nom du professeur) …Mme Courtois-Roquefort **à prendre toute mesure propre à assurer la sécurité physique et morale de mon enfant lors des activités effectuées dans le cadre de ce projet.**

A CET EFFET

Je certifie que mon enfant est assuré (Responsabilité civile familiale ou assurance périscolaire couvrant ces activités) **:**
Compagnie d'assurance : (nom et adresse) ……
N° de contrat : …… (Joindre une copie de l'attestation)

EN CAS D'ACCIDENT :
Personne(s) à prévenir : nom : …… **Tél.** /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

nom : …… **Tél.** /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Médecin traitant : nom : …… **Tél.** /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
J'autorise le responsable susnommé à prendre les dispositions nécessaires pour effectuer toutes les démarches médicales (examens, transport sanitaire, hospitalisation, …), le cas échéant.
REMARQUES CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT (prise de médicament, allergie,….)

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) **OUI** ⬭ **NON** ⬭

A …… **Le** ……
Signature du(des) responsable(s) légal(aux)

Cette fiche sera conservée par le Professeur qui devra en conserver une copie avec lui lors du déplacement. L'original sera déposé à l'intendance.