

AUTORISATION DE SORTIE

Madame et Monsieur :, responsables légaux
de NOM..... PRENOM.....

Autorisent OU N'autorisent pas

à sortir seule (Non accompagnée d'un(e) surveillant(e) du Lycée)
les **MERCREDIS** après-midi entre 14 h et 17 h.

Date :

Signatures Parent 1 (préciser) :

Parent 2 (préciser) :

Autre responsable légal (préciser) :

<i>Parent 1 (préciser):</i>	
Tel portable	
Tel travail	
Tel domicile	
<i>Parent 2 (préciser):</i>	
Tel portable	
Tel travail	
Tel domicile	
Autre personne à contacter (préciser)	

AUTORISATION DE FUMER

Les élèves pensionnaires **n'ont pas le droit de fumer ou de vapoter à l'Internat ni à l'intérieur des locaux.**

Afin d'éviter que l'une ou l'autre ne se laisse tenter et ne fume « en cachette », nous préférons leur offrir la possibilité de fumer une cigarette ou de vapoter le soir après le repas, **à la condition impérative** que vous autorisiez votre jeune à fumer, à ce moment bien précis.

Vous voudrez remplir et nous retourner ce document dès la rentrée pour que nous puissions agir en conséquence.

Madame et Monsieur :, responsables légaux

de NOM..... PRENOM.....

Autorisent

OU

N'autorisent pas

Leur fille à fumer aux
conditions énoncées ci-dessus.

Date :

Signatures Parent 1 (préciser) :

Parent 2 (préciser) :

Autre responsable légal (préciser) :

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

En cas d'urgence médicale, un membre du personnel de l'établissement peut être amené à faire prendre en charge votre enfant par les secours ou le service des urgences de Bernay. Sans autorisation de votre part, vous seul pourriez venir récupérer votre enfant à la fin de la prise en charge des soins.

Afin de faciliter la procédure, nous vous proposons (dans la mesure du possible, en fonction de la situation et des circonstances) qu'un des membres du personnel de l'établissement puisse prendre en charge votre enfant, à votre place, et le ramener au lycée.

Madame et Monsieur :, responsables légaux

de NOM..... PRENOM.....

Autorisent OU N'autorisent pas

La prise en charge et la sortie des urgences de mon enfant à la fin des soins, par un adulte du Groupe scolaire Jeanne d'Arc - Saint-Anselme

Date :

Signatures Parent 1 (préciser) :

Parent 2 (préciser) :

Autre responsable légal (préciser) :