



## AUTORISATION PARENTALE POUR LES CLASSES DE DÉPAYSEMENT

### **À compléter par le parent/tuteur :**

Je soussigné(e) (prénom et nom) : .....

père

mère

tuteur

autorise (prénom et nom de l'enfant) .....

à participer aux classes vertes organisées par l'Institut Saint-Michel 8/12 qui se dérouleront du 25/09/2023 au 29/09/2023 au « Castel Notre-Dame ».

### **Durant les activités :**

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses enseignants.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Signature du représentant légal :**