

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, (nom, prénom) :

Demeurant à :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail

Agissant en qualité de : ...père. ...mère. ...tuteur. ...tutrice.

De l'enfant : nom prénom :

Déclare :

1- Autoriser mon enfant à partir en classe de découvertes duau.....
au centre d'accueil de classes de découverte « Le Val d'Ante » à Givry en Argonne dans les
conditions fixées par les autorités organisatrices.

2- Autoriser l'instituteur de la classe ou à défaut le responsable de l'établissement d'accueil :

- à faire donner à mon enfant les soins médicaux que pourrait nécessiter son état.
- A prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales qui s'avèreraient nécessaires, y compris une éventuelle hospitalisation.

3- Prendre l'engagement de reverser à l'école ou l'organisme d'accueil qui en aura fait
l'avance les frais engagés pour faire soigner mon enfant et prendre à ma charge les procédures
de remboursement par la caisse de sécurité sociale et/ou mon assurance particulière.

4- Autoriser l'enfant ci-dessus désigné à participer aux activités et excursions organisées sur
place.

Droit à l'image :

J'autorise N'autorise pas

L'enseignant(e) et/ou l'équipe d'animation du Val d'Ante à utiliser des photographies, sur
support papier ou informatique, sur lesquelles figure l'image de mon enfant pour illustrer des
documents de présentation des centres d'accueil de la Ligue de l'enseignement et du Val
d'Ante dans les différentes brochures où ce centre est présenté.

Fait à Le

Signature du responsable légal :

Cette autorisation doit être impérativement remplie et remise à l'enseignant avant le départ en
classe de découvertes.