





## Frères et sœurs, fraires e sòrres:

| Nom | Prénom, pichon nom | Date de naissance, data de naissança |
|-----|--------------------|--------------------------------------|
|     |                    |                                      |
|     |                    |                                      |
|     |                    |                                      |
|     |                    |                                      |
|     |                    |                                      |
|     |                    |                                      |

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à l'école

| Nom | Prénom, pichon nom | Téléphone, telefòn |
|-----|--------------------|--------------------|
|     |                    |                    |
|     |                    |                    |
|     |                    |                    |
|     |                    |                    |
|     |                    |                    |
|     |                    |                    |

### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant,

féquentant l'école Calandreta Bel Solelh 24100 Bergerac

**autorise** cet enfant à participer à toutes les sorties organisées sur le temps scolaire par son enseignant pour l'année scolaire 2017-2018.

**n'autorise pas** cet enfant à participer aux sorties organisées sur le temps scolaire par son enseignant pour l'année scolaire 2017-2018.

Date:     /     /2017

**signature:**

**Assurance**, joindre une attestation, assegurança, juntar una atestacion:

Nom, adresse, téléphone de l'assurance:

Numéro :

*Calandreta Bel Solelh, annexe de Calandreta Pergosina (Périgueux), école occitane contractualisée.*





## AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'urgence, l'enseignant s'engage à joindre dans les plus brefs délais un responsable légal de l'enfant ainsi que le médecin traitant.

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant,

autorise son enseignant, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'hospitalisation de l'enfant.

Dans la mesure du possible, souhaitez-vous orienter cet enfant vers :

- centre hospitalier Samuel Pozzi, avenue du professeur Albert Calmette 24100 Bergerac.
- clinique Pasteur, rue Samuel Pozzi 24100 Bergerac;
- autre :

Date:     /     /2017

**signature:**

## VACCINS

Joindre les photocopies du carnet de santé ou un avis médical du médecin:

- R.O.R.
- B.C.G.
- D.T.Polio

Groupe sanguin :

## MEDECIN TRAITANT

Nom :

Tel:

Portable:

Adresse:

## Précautions particulières, allergies, régime alimentaire,...

### Autorisation de publication de l'image de votre enfant

La classe travaille sur plusieurs projets pédagogiques. Certains seront peut-être publiés sur divers supports : papier (revues, journaux, plaquette d'information), site Internet, CD, cassette Vidéo, télévision. Les élèves pourront y apparaître. L'utilisation de l'image d'un enfant reste soumise à l'autorisation de ses parents. Votre accord est nécessaire ; vous pouvez l'annuler à tout moment à votre convenance. Toute photo publiée le sera par intérêt pédagogique. Vous êtes invités à venir consulter les images utilisées quand vous le souhaitez.

### Autorisation de publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e)..... autorise gracieusement et temporairement la publication de photographies ou reportages dans lesquels apparaît mon enfant pendant l'année 2017-2018.

Date:     /     /2017

**signature:**