|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autorisation écrite de sortie scolaire | | | |
| / SORTIE SCOLAIRE AUTORISATION ÉCRITE / FORMULAIRE D’URGENCE | | | |
| Merci de compléter ce formulaire qui accompagnera votre enfant lors de la sortie scolaire. En cas de nécessité, ces informations nous permettront de vous contacter. Aucun élève ne pourra participer à la sortie scolaire sans ce formulaire dûment complété et signé par un parent ou tuteur. Les informations fournies sur ce formulaire sont confidentielles. Seul le responsable de la sortie scolaire ou l’infirmière y aura accès. | | | |
| L’autorisation s’applique à :  (Nom de l’élève) À COMPLÉTER  pour la sortie scolaire à destination de **[DESTINATION]** qui s’effectuera en **[MOYEN DE TRANSPORT]** le **[JOUR] [MOIS] [ANNÉE]**. Départ à **[HEURE DE DÉPART]** et retour à **[HEURE DE RETOUR]**. | | | |
| INFORMATIONS SUR LE PARENT/TUTEUR : | | | |
| Nom du parent/tuteur : | | | |
| Adresse : | | | |
| Numéro de téléphone : | | Numéro de téléphone à appeler en cas d’urgence : | |
| Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous, car celles-ci peuvent être nécessaires en cas d’urgence. Ces informations ne remplacent pas celles qui figurent sur la carte d’urgence.  Date de naissance de l’élève | | | |
| Allergies : | | | |
| État (médical/physique) nécessitant une attention particulière : | | | |
| Votre enfant a-t-il besoin d’un des traitements suivants : (A) **Epipen** Oui □ Non □ (B) **Inhalateur** Oui □ Non □ (C) **AUTRE TRAITEMENT :** (Type de traitement et heure d’administration) : | | | |
| Veuillez prendre contact avec l’infirmière de avant le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[DATE]** si votre enfant suit un traitement particulier ou souffre d’une pathologie nécessitant son attention. CES INFORMATIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES. L’ENFANT RESTERA AUX CÔTÉS DU RESPONSABLE DE LA SORTIE SCOLAIRE OU DE L’INFIRMIÈRE TOUT AU LONG DE LA JOURNÉE. INFORMATIONS DE CONTACT POUR LE JOUR DE LA SORTIE SCOLAIRE UNIQUEMENT : | | | |
| Nom de la première personne à contacter | | Lien de parenté avec l’élève : | |
| Numéro de téléphone : | Numéro de téléphone professionnel : | | Numéro de téléphone cellulaire : |
| Nom de la deuxième personne à contacter | | Lien de parenté avec l’élève : | |
| Numéro de téléphone : | Numéro de téléphone professionnel : | | Numéro de téléphone cellulaire : |
| Médecin traitant de l’élève : | | Numéro de téléphone : | |
| Dentiste de l’élève : | | Numéro de téléphone : | |
| **À L’ATTENTION DE TOUT MÉDECIN OU CENTRE HOSPITALIER :** Par la présente, j'autorise la transmission des renseignements médicaux pertinents concernant mon enfant au personnel soignant approprié. En cas d’urgence, j’autorise le médecin ou le centre hospitalier à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d’injections, d’une anesthésie et d'une intervention chirurgicale. En signant la présente, j'autorise le responsable de la sortie scolaire à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. | | | |
| ASSURANCE MALADIE : | | | |
| Nom de l’organisme : | N° de la police : | | N° du groupe : |
| Nom du parent/tuteur : | | | Date : |
| (À COMPLÉTER) | | | |
| Signature du parent/tuteur : | | | |