

Tél: **04 68 11 46 36**
77 Rue Aimé Ramond
11000 Carcassonne

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

DECHARGE POUR SORTIES SCOLAIRES

RENSEIGNEMENTS

Nous, soussigné(e), Père Mère Tuteur Autre responsable légal (cocher la case)

Nom Prénom

de l'enfant,

Nom

Prénom Classe

donnons l'autorisation, au professeur responsable du groupe, de prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de maladie ou d'accident survenant à mon enfant pendant la sortie scolaire.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

• Médicaments ou soins journaliers à donner à l'élève :

• Régime alimentaire éventuel :

• Votre enfant a l'habitude de prendre des médicaments ? (Par exemple pour les maux de tête).

Si oui, lesquels :

• Existe-t-il des contre-indications médicales :

• Groupe sanguin : Si votre enfant possède sa carte de groupe sanguin, il est recommandé de l'avoir sur lui pendant la durée du séjour.

• Pour les voyages à l'étranger, se procurer auprès de votre CPAM, la carte européenne d'assurance maladie

• Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

N° portable :/...../...../...../.....

Fait à, Le/...../.....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention "Lu et approuvé"

En cas de séparation de corps, de divorce, j'atteste que l'autre parent a été consulté et ne formule pas d'opposition.