



**AUTORISATION PARENTALE**  
**(Séjour au domaine d' Equiland – Cassens – 12, 13 et 14 octobre 2016)**

NOM(s) : .....

.....

mère       père       tuteur       autre (préciser) : .....

de l'élève : .....

l'autorisons à participer au séjour pédagogique à Cassens organisé par les enseignants du Collège Elisée Mousnier les 12, 13 et 14 octobre 2016.

• Nous déléguons nos droits et devoirs de surveillance aux personnes physiques ou juridiques désignées par le chef d'établissement pour encadrer ce voyage.

• Nous déclarons avoir souscrit une assurance responsabilité civile individuelle auprès de  
Société d'assurance : .....

Police n° : .....

• Nous engageons à remettre les pièces demandées aux enseignants au plus tard le **23 septembre**.

- Photocopie d'une carte d'identité, d'un passeport (en cours de validité) ou du livret de famille.

- Fiche de liaison sanitaire, remplie et signée

- Autorisation de prise de vues signée

- Règlement du voyage scolaire, signé de l'élève et des responsables légaux

Date : .....

Signature(s) :



## DEMANDE D'AUTORISATION DE PRISE DE VUES A DES FINS PEDAGOGIQUES ET EDUCATIVES

**Cadre :** Séjour scolaire au domaine d'Equiland (organisme : la Ferme des étoiles)

**Type de prise de vue :** Classe / Groupe / Individuel

**Date de la prise de vue :** 12, 13 et 14 octobre 2016

Je, soussigné(e) (Nom, prénom) .....

représentant légal de l'élève (Nom, prénom, classe)  
.....

**autorise** les professeurs accompagnateurs à **photographier mon enfant et à publier ces prises de vue ainsi que celles effectuées par ma fille / mon fils dans l'objectif d'un travail pédagogique collectif.**

La photographie ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à un autre usage que celui mentionné ci-dessus. La publication ou la diffusion de l'image de l'enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

**n'autorise pas** la prise de photographies

Date :                      Signature du représentant légal :

Signature de l'élève :



## **REGLEMENT SPECIFIQUE AU VOYAGE AU DOMAINE D' EQUILAND**

Le voyage a un but pédagogique : il s'agit d'un voyage d'étude. Il comprend une préparation en classe, un travail sur place et une exploitation au retour.

Règles de vie et comportement à respecter durant tout le voyage :

- Les élèves s'engagent à respecter les horaires et toutes les consignes données par leurs professeurs.
- Les élèves seront accueillis dans le centre d'hébergement du hameau des étoiles. Ils sont tenus de respecter les lieux et équipements.
- Les élèves devront s'adapter à la vie en communauté et en respecter les règles et usages.
- Les élèves auront en permanence à effectuer un travail d'écoute, d'observation mais aussi de manipulation. Ils sont donc tenus d'adopter une attitude studieuse lors des ateliers et conférences.
- Les téléphones portables sont tolérés. Ils ne doivent en aucun cas être utilisés durant les ateliers. Les enseignants se réservent le droit de confisquer jusqu'à la fin du voyage les téléphones qui sonneraient ou seraient utilisés de façon intempestive ou inappropriée.
- Les élèves sont responsables de leurs effets personnels. Les objets de valeur - téléphone "haut de gamme", bijoux, etc... - sont très fortement déconseillés, pour réduire les risques de perte ou de vol. Les enseignants ne pourront être tenus pour responsables des vols éventuels.
- L'argent de poche ne sera d'aucune utilité.
- Le règlement intérieur applicable à l'intérieur du collège est aussi valable lors d'une sortie pédagogique. Tout manquement pourra donc être passible de sanctions prises sur place ou ultérieurement.

**Nom et prénom de l'élève :**

**Date :**

Signature de l'élève

Signature des parents



**Collège Elisée Mousnier (Séjour au domaine d' Equiland – 12, 13 et 14 octobre 2016)**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE
Etablissement : .....
Classe : .....
Séjour du : ..... au : .....
Lieu du séjour : .....
Responsable : .....

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
Nom de l'enfant : .....
Prénom : .....
Né(e) le : .....
à : .....
Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Ville : .....
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>
Domicile : .....	Domicile : .....
Mobile : .....	Mobile : .....
Travail : .....	Travail : .....
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	
.....	.....
.....	.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
<b>L'élève suit-il un traitement médical ?</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)	
<b>Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.</b>	
<b>L'élève a-t-il des allergies ?</b>	Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Alimentaires : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autres : .....
Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :	
.....	
.....	

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

*Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.*

---

---

---

*Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

---

---

---

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : ..... Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : .....

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant .....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature :