****

**Autorisation des parents en cas d’intervention chirurgicale urgente**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur…………………………………………………………………………………

Demeurant à …………………………………………………………………………………………………………….

Agissant en qualité de (père, mère, tuteur, tutrice) de l’enfant

NOM et Prénom………………………………………………né(e) le………………………………………………

**Déclare :**

1. **-** **autoriser** l’enseignant de la classe de découverte dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d’accident, toutes mesures d’urgence prescrites par le médecin, y compris, éventuellement l’hospitalisation et l’intervention chirurgicale.

1. **-** **avoir pris connaissance** des dispositions suivantes :

- **En cas de maladie**, les frais nécessités par le traitement de l’enfant **sont à la charge des familles** (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d’un **éventuel** remboursement).

Personne(s) à contacter en cas d’urgence :

NOM - Prénom…………………………………………………………fixe.………………portable…………….

NOM - Prénom…………………………………………………………fixe.………………portable…………….

A…………………………………………………………………………le ………………………………………………

Signature :

**Note au responsable du séjour :** Cette fiche ne sera pas transmise à la Direction des services départementaux de la Somme, mais restera en possession du responsable de la sortie pendant toute la durée du séjour**.**