

EXEMPLAIRE MFR PRE EN PAIL

Autorisation de transport par l'établissement

Je soussigné(e),

responsable légal de l'élève désigné ci-dessus,

Nom : Prénom : Classe :

autorise la MFR, ses personnels ou personnes mandatées par la MFR à assurer le **transport de mon enfant** dans les cas suivants :

- trajets liés aux activités pédagogiques (visites, projets, sorties...);
- trajets liés aux stages et périodes en entreprise;
- trajets liés à la vie résidentielle (internat, activités de soirée, sorties encadrées).

Moyens de transport susceptibles d'être utilisés (à cocher) :

- ☐ Car ou bus affrété par la MFR
- ☐ Minibus de la MFR
- ☐ Véhicule léger conduit par un adulte habilité par la MFR
- ☐ Autre (préciser) :

Trajets domicile / MFR

Pour les trajets entre le domicile (ou lieu d'hébergement) et la MFR :

- ☐ J'autorise mon enfant à utiliser les transports organisés / coordonnés par la MFR (transport collectif, minibus, covoiturage encadré, selon l'organisation interne).
- ☐ J'autorise mon enfant à se rendre à la MFR et à en repartir par ses propres moyens (ex. : transports publics, véhicule personnel, à pied, autre) :

Précisions :

- ☐ Je n'autorise pas mon enfant à se déplacer seul, il devra être accompagné par :

Nom, prénom :

Lien avec l'élève : Téléphone :

Engagement et informations importantes

Je reconnais :

- avoir été informé(e) des règles de sécurité à respecter lors des transports organisés par la MFR ;
- m'engager à les rappeler à mon enfant ;
- informer la MFR de tout changement de situation (adresse, garde, coordonnées, personnes autorisées, santé pouvant impacter le transport...).

Je comprends que, sans ce document dûment complété et signé, la MFR pourra refuser d'embarquer mon enfant sur un transport qu'elle organise.

Fait à, le / /

Signature du responsable légal 1,
(précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Signature des parents

Mention manuscrite « Lu et approuvé »

Fiche médicale et autorisation d'hospitalisation

Nom : Prénom :

Né(e) le : à

Remarques particulières concernant la santé (allergie alimentaire ou médicamenteuse, asthme, traitement,...) :

.....

.....

.....(justificatifs à fournir obligatoirement)

Autres situations (implants, broche, traitement) :

.....

.....

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné..... !. (Nom et prénom du représentant légal)

autorise le Directeur de la MFR de Pré en Pail à prendre toutes les dispositions médicales auprès de mon enfant et autorise, en cas d'urgence, son hospitalisation et éventuellement toutes opérations, y compris chirurgicales, nécessitées par son état sur avis d'un médecin ou d'un services de secours (Pompiers, SAMU,....).

A..... Le Signature :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél (personnel) :/...../...../.....

Tél (portable) :/...../...../.....

Tél (professionnel) :/...../...../.....