

## **AUTORISATION PERMANENTE DE SORTIES PÉDAGOGIQUES**

Madame GROSSTEPHAN et monsieur VEY, professeurs d'arts du cirque, organisent dans le cadre des activités de l'option Arts du Cirque, à « La Comète » scène Nationale, ou au CNAC, 1 rue du Cirque ou à l'espace « chapiteaux », différentes sorties au cours de l'année dont le calendrier sera communiqué aux Parents par mail et sur le site internet de l'option.

Les élèves se rendront sur le lieu de rendez-vous (devant le théâtre « La Comète », le cirque en dur ou le chapiteau) par leurs propres moyens et rentreront (à l'exception des internes) par leurs propres moyens, selon les indications des professeurs.

***LES INTERNES SERONT RACCOMPAGNÉS au retour par un personnel de l'établissement.***

**MODE DE FINANCEMENT** : gratuit dans le cadre des cours de l'Option « arts du cirque ».

Pour que les élèves soient couverts par une assurance, il est nécessaire qu'ils aient une assurance personnelle contre les accidents qui pourraient leur survenir et en responsabilité civile contre les accidents qu'ils pourraient causer à des tiers au cours de cette sortie

## AUTORISATION PERMANENTE DE SORTIE PÉDAGOGIQUE ACCUSÉ DE RÉCEPTION

*À remettre à Monsieur VEY lors du premier cours*

Je soussigné(e), M. Mme ....., Père, Mère, Tuteur (1)

de l'élève ....., de l'option « arts du cirque »

Externe - Demi-pensionnaire - Interne (1)

reconnais avoir été informé(e) des conditions dans lesquelles s'effectueront les sorties pédagogiques au CNAC ou à La Comète, organisées par Madame GROSSTEPHAN et Monsieur VEY au cours de l'année scolaire.

**AUTORISE - N'AUTORISE PAS** (1) mon fils, ma fille, mon pupille (1) à participer aux sorties

Les élèves se rendront sur le lieu de rendez-vous (devant le théâtre, le Cirque ou le chapiteau) par leurs propres moyens et rentreront (à l'exception des Internes) par leurs propres moyens.

**LES INTERNES SERONT ACCOMPAGNÉS au retour par un personnel de l'établissement**

Compagnie d'Assurance : .....

n° de police d'Assurance : .....

Adresse des parents : .....

☎ domicile : .....

☎ travail : ..... ou .....

### SOINS MEDICAUX :

Mme - M. \_\_\_\_\_ responsable légal de l'élève \_\_\_\_\_

**AUTORISE - N'AUTORISE PAS (1)**

les accompagnateurs à faire donner tous les soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

Indications particulières à signaler (médicales ou autres) : .....

.....

.

A ....., le .....

(1) Rayer la mention inutile.

Signature :