

TRANSPORT SCOLAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Garçon Fille

Adresse :

☎ : ou

Ligne de bus : 1 2 Arrêt :

École fréquentée en 2020 / 2021 :

Maternelle Libération Maternelle Jean Jaurès Primaire Madeleine Brès

Élémentaire Libération Élémentaire Jean Jaurès

Renseignements médicaux

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ?

oui non

Précisez quelle est la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Asthme Médicamenteuse(s)

Alimentaire(s) Autres :

Autorisations

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'enfant,

autorise les éducateurs à prendre en charge mon enfant pendant le temps du transport scolaire

autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'arrêt de bus

.....

.....

.....

autorise mon enfant à quitter seul le service de transport scolaire

autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :