

# AUTORISATION PARENTALE



Objet : PFMP Érasmus+ Rentrée 2024

Dates du séjour : du 05/11/2024 au 04/12/2024 (les dates peuvent varier en fonction du transport)

Classes concernées : T AGORA / TASSP / TMCVB / TMCVA1-2 / TCUI / TCSR / TMELEC (rayer les mentions inutiles)

Nous soussignés, père – mère – responsable légal – tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom :  Prénom :

Nom :  Prénom :

Autorisons notre enfant :

Nom :  Prénom :

À effectuer sa PFMP à l'étranger dans le cadre d'une mobilité Érasmus+.

La Provisure

- Nous avons noté que celui-ci reste sous statut scolaire, et doit respecter pendant son séjour le règlement intérieur du lycée, et appliquer toutes les consignes du professeur accompagnateur.
- Nous avons noté qu'en cas de comportement non adapté **celui-ci pourrait être rapatrié en France aux frais des parents**. Ceci n'excluant pas une éventuelle sanction, voire un conseil de discipline si cela s'avérait nécessaire.
- Nous reconnaissons les conditions de participation à ce séjour, et nous nous engageons à porter à la connaissance du lycée tous les problèmes de santé de notre enfant.
- En cas de maladie ou d'accident, nous prenons connaissance du fait que nous serons, dans la mesure du possible et si nous sommes joignables, informés afin de convenir des soins nécessaires à dispenser, y compris une intervention chirurgicale, en cas d'urgence.

Affaire suivie  
Par Philippe GONÇALVES  
[saei@ldmca.fr](mailto:saei@ldmca.fr)

Téléphone  
05 57 52 7240

Télécopie  
05 57 52 7248

Courriel  
[ce.0332194F@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0332194F@ac-bordeaux.fr)

<http://www.lyceecondorcetarcachon.fr>

Renseignements complémentaires obligatoires :

Nom prénom élève	Téléphone élève	Adresse mel élève
Nom prénom responsable légal	Téléphone responsable légal	Adresse mail responsable légal

- Santé de l'élève : merci d'indiquer **obligatoirement** toutes allergies, contre-indications médicales et/ou alimentaires, traitement médical en cours, maladies chroniques, etc... :

- Groupe sanguin :

En cas d'autorisation parentale conjointe, j'atteste que l'autre parent a été consulté.

Vu et pris connaissance du projet d'engagement joint et de l'engagement ci-dessus.

Hélène BRUANT Provisure

Date :

Signature du/des parents

Signature de l'élève



Lycée des Métiers de  
l'hôtellerie du tourisme et des  
services  
1, avenue Roland Dorgelès  
33120 ARCACHON