

**AUTORISATION DE SORTIE PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

*Les sorties individuelles d'élèves pendant le temps scolaire, pour recevoir en d'autres lieux des soins médicaux spécialisés ou des enseignements adaptés, ne peuvent être autorisés par le Chef d'Etablissement que sous réserve de la présence d'un accompagnateur, parent ou personne présentée par la famille, selon des dispositions préalablement établies. Dans tous les cas, l'élève est remis par l'enseignant à l'accompagnateur. Au retour, L'élève sera déposé à l'accueil.*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

scolarisé dans l'établissement, en classe de \_\_\_\_\_

**demande que mon enfant soit autorisé à quitter l'Institution :**

Tous les :		(rendez-vous réguliers)
------------	--	-------------------------

Le :		(rendez-vous exceptionnel) par exemple : bilan
------	--	---

**afin qu'il puisse se rendre chez la personne suivante :**

**Intervenant extérieur (CMP, orthophoniste, psychomotricien...)**

Nom	
Qualité	
Adresse	

Heure de départ de l'établissement	
Heure de retour à l'établissement	
Nom de la personne qui sera responsable de l'enfant pour sa sortie de l'Institution et jusqu'à son retour.	

Autorisation valable pour la période du ... / ... /2017 au ... / ... /2018.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents	Signature du chef d'établissement	Signature de l'enseignante