

NOM et Prénom de l'élève :Classe

AUTORISATIONS

DE LA SORTIE HEBDOMADAIRE

UN SEUL APRES-MIDI EST AUTORISE en sortie soit

- pour les 3èmes jusqu'à **17h30 le mercredi**,
 - pour les autres classes jusqu'à 19h : le mardi **ou**
le mercredi **ou**
le jeudi
- } (Jour de la sortie à entourer)

Les internes n'ayant pas d'autorisation de sortie doivent justifier de leur présence dans l'Etablissement près d'un assistant d'éducation et seront une partie de l'après-midi en étude.

Nous soussignés, (noms des responsables légaux) :

- autorisent } Notre jeune à sortir
 n'autorisent pas }

Signature des Parents ou responsables

DE SOIREE ENCADREE PAR L'INTERNAT

Nous soussignés, (noms des responsables légaux) :

- autorisent notre jeune.
 n'autorisent pas notre jeune } à participer aux soirées organisées par l'internat

Une information vous sera systématiquement donnée avant chaque sortie.

Signature des Parents ou responsables

D'HOSPITALISATION

Nous soussignés, (noms des responsables légaux) :

- autorise(nt) le Directeur du Lycée Joseph Wresinski ou en son absence une personne responsable désignée :
1) à faire hospitaliser leur jeune (la sortie de l'hôpital se fait sous la responsabilité des parents)
2) autorisent une intervention chirurgicale,

Cette autorisation d'hospitalisation n'est valable que pour l'année scolaire en cours.

- n'autorisent pas l'hospitalisation

Pour servir ce que de droit, le

Signature des Parents ou responsables

N.B. Avant même qu'un élève ne soit conduit à l'hôpital, nous faisons le maximum pour prévenir les parents par téléphone
Veuillez noter ci-après vos n° de téléphone (jour et de nuit) :

REGLEMENT DE VIE DE LA RESIDENCE D'HEBERGEMENT

Nous soussignés, (noms des responsables légaux) :

parents de NOM et Prénom de l'élève :Classe.....
certifions avoir pris connaissance du règlement de l'internat et que notre enfant s'engage à le respecter.

Le :

Signature des Parents ou responsables

Signature de l'élève,

ACTIVITE PRATIQUEE PAR LE JEUNE PENDANT LA SEMAINE

Si votre jeune pratique une activité sportive, musicale, artistique, nous vous demandons d'assurer au mieux son retour à l'internat. Son retour ne peut se faire après 22h.

Activité pratiquée :

Jours d'entrainement :

Horaires :

Nom du club /association/école de musique:
.....

Adresse et N° de tel du club /association/école de musique où se passe l'activité :
.....
.....
.....

Nom de la personne référente de l'activité : (entraîneur, animateur, professeur)
.....

N° de tel du référent :

Moyen de retour du jeune à l'internat :

Téléphone portable du jeune :

Signature des Parents ou responsables

Signature de l'élève,