

## AUTORISATION PARENTALE

Année scolaire 2025 – 2026

### Élèves **internes** uniquement

Je / Nous, soussigné(e)(s) :

M. / Mme .....

Tuteur(s) légal(aux) de l'élève / étudiant(e) :

.....

Classe : .....

Date de naissance de l'élève / étudiant(e) : ..... / ..... / .....

Statut :  Mineur(e)     Majeur(e)

Engagement en cas de transport vers un service hospitalier :

Je / Nous m'engage(ons) à aller rechercher, par mes/nos propres moyens, mon / notre enfant au sein du service hospitalier pour effectuer la sortie.

J'autorise / Nous autorisons que, si mon / notre enfant a été transporté(e) d'urgence depuis l'internat du LEAP Sainte Colette de CORBIE vers un service hospitalier (par ambulance ou par les pompiers), il / elle puisse, si son état de santé le permet et sur avis médical, revenir à l'internat :

- par ambulance,
- avec l'accord du service hospitalier,
- sous la responsabilité exclusive des parents / tuteurs légaux,
- et sans que l'établissement scolaire ne puisse être tenu responsable de cette démarche.

Dans ce cas, je / nous m'engage(ons) à organiser moi-même / nous-mêmes ce retour.

Important :

Le personnel de l'établissement n'est pas habilité à accompagner les élèves à l'hôpital, ni à les reprendre à la sortie de celui-ci.

Fait à : ....., le ...../...../2025

**Nom (s) Signature(s) du / des tuteur(s) légal(aux) :** .....