

N.B. : Les parents ou le responsable légal des élèves internes sont systématiquement prévenus par l'Etablissement pour un retour au domicile lorsque cela s'avère nécessaire.

G) Autorisation d'intervention Chirurgicale

Je soussigné(e),

Nom : _____

demeurant à (commune) : _____ **n° du département :** _____

Rue : _____ **N° :** _____ **Téléphone :** _____

Portable : _____

PÈRE MÈRE TUTEUR LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Autorise l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation d'urgence.

En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté ou transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

H) Informations complémentaires – Suivi pédagogique et aménagements

Votre enfant présente :

des troubles de l'apprentissage (dyslexie, dyspraxie, etc.), un trouble auditif ou moteur :

Oui **Non**

Il bénéficie d'aménagements dans le cadre des examens (tiers temps ou autre dispositif) :

Oui **Non**

Il est reconnu par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) :

Oui **Non**

Il dispose d'un dossier de suivi dans son ancien établissement :

Oui **Non**

Si oui, merci de bien vouloir nous faire parvenir rapidement tout document utile afin de permettre la mise en place ou la continuité des aménagements nécessaires à son suivi.

Fait à : _____ **le :** _____

Signature du représentant légal :