

**ANNEXE C - PAGEE 200.22 – Autorisation de sortie éducative**

<b>ÉCOLES OUTREMER DES FAC</b>			
<b>CONSETEMENT DE PARENT OU TUTEUR POUR UNE SORTIE ÉDUCATIVE</b>			
École		Coût de la sortie	
Destination			
Description des activités	<input type="checkbox"/> voir pièce jointe pour un itinéraire précis		
Surveillant(s) de la sortie			
Parents doivent fournir la nourriture:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Bénévoles requis:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emplacement des installations d'urgence et médicales:		Temps approximatif pour y arriver à ces installations:	
<b>Départ:</b>			
Vers:		Date:	
		Heure:	
		Via:	
<b>Retour:</b>			
Vers:		Date:	
		Heure*:	
		Via:	
<b>*Dans le cas d'une arrivée tardive ou pour des renseignements, contacter:</b>			
Nom:		Téléphone:	
Signature de la direction:			

-----  
Portion à détacher et à remettre à l'école

**Autorisation de sortie éducative**

Destination:			
Surveillant(s):			
<b>Détails de la sortie:</b>			
Date de départ:		Date de retour:	
Heure de départ		Heure de retour:	
<b>J'ai pris connaissance des informations sur cette demande.</b> J'autorise mon enfant à participer à la sortie organisée par l'école et décrite plus haut Si le surveillant de sortie estime que le comportement de l'élève est dérangeant ou inapproprié et peut justifier l'annulation de ses privilèges de sortie, je consens à ce que mon enfant rentre à la maison à nos (parents ou gardiens) propres frais.			Initiales du parent
<b>Mesures d'annulation.</b> S'il devenait nécessaire d'annuler la participation de votre enfant à la sortie éducative, les Écoles outremer des FAC ne peuvent pas garantir le remboursement. Nous nous efforcerons dans la mesure du possible de négocier des arrangements avec les fournisseurs afin de limiter les dommages financiers devant être encourus en cas d'annulation.			Initiales du parent
<b>Soins médicaux / Assurances.</b> J'autorise les surveillants de sortie à me représenter pour les soins médicaux ou autres mesures de santé requises. J'accepte de rembourser l'école pour les frais médicaux encourus à la suite d'une urgence médicale. Les surveillants de sorties sont priés de noter les informations médicales suivantes (ou en pièce jointe): _____ (NOTE Les Écoles outremer des FAC n'offrent aucunes assurances pour les élèves qui participent à cette sortie: décès accidentel, invalidité, mutilation ou frais médicaux)			Initiales du parent
Nom de l'élève	Classe	Téléphone à la maison	
Personne à contacter en cas d'urgence	Téléphone	GSM (pour les textes)	
Signature du parent ou tuteur	Date	Seriez-vous disponible comme bénévole?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les informations personnelles sur ce formulaire sont rassemblées sous l'autorité de l'Acte d'éducation et seront utilisées seulement dans le but d'autoriser un élève à participer à une sortie éducative. Si vous voulez réviser l'information de ce formulaire, veuillez contacter la direction de l'école.