

AUTORISATION DU DIRECTEUR.TRICE D'ECOLE

A

L'intervenant.e

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :
 DATE DE NAISSANCE : TELEPHONE :

ASSURANCE

SI PERSONNELLE : Responsabilité civile : compagnie et n°
 Individuelle accident corporel (recommandé) : compagnie et n°
 SI CONTRAT ETABLISSEMENT : souscrit à

L'activité pour laquelle l'autorisation est donnée :

Les classes concernées

Classe	Enseignant.e	Effectif élèves	Nbre séances prévues

Je soussigné.e, déclare avoir eu connaissance du projet,
de l'organisation pédagogique et des recommandations particulières liées à l'activité.

À Le Signature de l'intervenant.e :

Les enseignant.es

SIGNATURE DU. DES ENSEIGNANT.ES CONCERNÉ.ES

Date	Nom	Prénom	Signature

ACCORD DU. DE LA DIRECTEUR. TRICE

A le
 Signature