











**PRISE EN CHARGE A L'EXTERIEUR
DE L'ÉTABLISSEMENT
PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

| ÉLÈVE CONCERNÉ | ANNÉE SCOLAIRE : | DATE : |
|--|------------------|---|
| NOM – PRÉNOM :DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT : NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL :CLASSE : | | |
| COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX | | |
| NOM – PRÉNOM | ADRESSE | TELEPHONE |
| <input type="checkbox"/> Parent : | |   PORT.  TRAVAIL |
| <input type="checkbox"/> Parent : | |   PORT.  TRAVAIL |
| <input type="checkbox"/> Autre responsable légal : | |   PORT.  TRAVAIL |
| MÉDECIN TRAITANT :  | | |
| S A M U 15 / 112 | | |

Je, soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné, autorise mon enfant à quitter la classe pour une prise en charge à l'extérieur de l'établissement, selon les modalités indiquées ci-dessous.

| PÉRIODE DE LA PRISE EN CHARGE | | | | | | |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|--------|
| INTERVENANT (NOM – ADRESSE) | | | | | | |
| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
| HORAIRES DES SÉANCES DE PRISE EN CHARGE | | | | | | |
| HEURE DE SORTIE DE CLASSE | | | | | | |
| HEURE DE RETOUR EN CLASSE | | | | | | |
| PERSONNE ACCOMPAGNANT L'ÉLÈVE | | | | | | |

| Date : | SIGNATAIRES (nom – signature) | |
|---|--|--|
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | |
| Enseignant de la classe | Intervenant | |