

# VOYAGE EN ITAIE

## ENGAGEMENT DE LA FAMILLE

fiche1

Destination : Italie

Responsables : Artus, Berthement, Clerquin,

Date de Départ : 29 mars 2015

Date de retour : 3 avril 2015

### 1°) Autorisation

Je soussigné ..... responsable légal  
de l'élève ....., classe ....., au collège R Rolland de Saint Jean  
autorise ce dernier à participer au voyage pédagogique facultatif en Italie.

**Date de départ : 29 mars 2015**

**Destination : Rome, Région Rome**

**Date de retour prévu : 03 avril 2015**

➤ Je donne mon accord en ce qui concerne le mode de transport utilisé : car tourisme + transports en commun dans Rome.

➤ J'autorise ☐ mon fils, ☐ ma fille à participer à toutes les activités prévues au cours du voyage, notamment visites, excursions, activités sportives.

➤ Je déclare avoir souscrit au nom de mon enfant une assurance individuelle accident ainsi qu'une assurance en responsabilité civile (attestations jointes).

N° contrat..... Nom Compagnie.....

➤ Je déclare que l'état de santé de mon enfant est compatible avec ce voyage.

### 2°) Modalités financières

*(Référence : décision du Conseil d'Administration.)*

Le coût du voyage est fixé à 368 euros par participant.

Les paiements sont à effectuer à l'ordre de l'**Agent Comptable du collège R Rolland** selon l'échéancier suivant :

| Versement                  | Somme     | Date       |
|----------------------------|-----------|------------|
| 1 <sup>er</sup> versement  | 200 euros | 26/01/2015 |
| 2 <sup>ème</sup> versement | 168 euros | 23/02/2015 |
| TOTAL                      | 368 euros |            |

Les chèques doivent être remis en main propre à M Artus.

Les demandes d'aides au fond social collégien doivent être présentées le plus rapidement possible (assistante sociale du collège)

Le premier versement est effectué le 26 janvier 2015. Il vaut engagement définitif<sup>1</sup> de la part des familles et les versements ne sauraient être remboursés sauf cas pris en charge par l'assurance annulation souscrite le cas échéant pour le voyage.

Ne pourront prendre part au voyage que les seuls élèves ayant versé le montant total du coût du voyage à l'échéance mentionnée<sup>1</sup>.

Nous vous rappelons que les professeurs accompagnateurs sont responsables des élèves et qu'à ce titre le règlement intérieur de l'établissement (par exemple possession et/ou consommation de tabac, d'alcool) et le contrat moral signés s'appliquent durant le voyage.

Une réunion d'information est prévue au moins 1 mois avant le départ.

**Le responsable légal, le.....à.....Signature précédée de la mention « Lu et approuvé ».**

<sup>1</sup> : Une fois que les élèves auront été sélectionnés, les organisateurs se réservent également le droit d'exclure du voyage un élève qui, pour quelque raison que ce soit, ne répondrait subitement plus aux critères de sélection (excellente attitude en classe et à l'extérieur de la classe, bon investissement scolaire, sens de l'autonomie et des responsabilités, qualité de l'engagement de l'élève, assiduité et ponctualité, respect des autres et bonne humeur...)

NOM.....PRENOM.....

Né le :        /        / ..

TAILLE : dimensioni .....

MASSE peso:.....kg

Groupe sanguin (*Blood group / gruppo sanguigno*) : .....

ne rien coller  
ici

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
**VOYAGE FACULTATIF EN ITALIE 29 mars - 3 avril 2015 :**

**PAI MEDICAL**

☐

**OUI**

☐

**NON**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? A-T-IL DES **ALLERGIES** ? SI OUI A QUEL MÉDICAMENT ?

(Does the child have the following illness?) (Any allergies and at which treatment?)

|                                                                                                         | OUI(yes / si) | NON (no / no) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Asthme( <i>Asthma / Asma</i> )                                                                          |               |               |
| Coqueluche ( <i>Whooping cough / Pertosse</i> )                                                         |               |               |
| Varicelle ( <i>Chickenpox / varicella</i> )                                                             |               |               |
| Epilepsie ( <i>Epilepsy / epilessia</i> )                                                               |               |               |
| Pénicilline ( <i>Penicillin / penicillina</i> )                                                         |               |               |
| Paracétamol                                                                                             |               |               |
| Ibuprofène                                                                                              |               |               |
| Aspirine ( <i>Aspirin / aspirina</i> )                                                                  |               |               |
| Codéine ( <i>codéina</i> )                                                                              |               |               |
| Autre (altro) - contre-indications médicamenteuses ( <i>Controindicazioni del farmaco</i> ) - Allergies |               |               |
| Traitement actuel ( <i>Current treatment / il trattamento attuale</i> )                                 |               |               |

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UNE ORDONNANCE (EN FRANÇAIS ET/OU EN ITALIEN) AINSI QUE LES MEDICAMENTS.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare que l'état de santé de mon enfant est compatible avec le voyage scolaire en Italie et je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour ( Artus, Berthemet, Clerquin, Revel) à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*Io, responsabile per il bambino, ha detto esattamente le informazioni fornite su questo modulo e autorizzare il responsabile del soggiorno (Artus, Berthemet, Clerquin, Revel) di prendere tutte le misure del caso, (cure mediche, ricoveri ...), reso necessario lo stato del bambino.*

• **TELEPHONE EN CAS D'URGENCE**

|                               |               |                      |
|-------------------------------|---------------|----------------------|
| Père( <i>Father / Padre</i> ) | +33 . . . . . | 9 chiffres sans le 0 |
| Mère( <i>Mother / Madre</i> ) | +33 . . . . . | 9 chiffres sans le 0 |

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**.....

A Saint Jean le .....

Signatures :

Mère \_\_\_\_\_  
(*Mother/ Madre*)

Père \_\_\_\_\_  
(*Father/Padre*).