



Tél : 06 31 69 16 33
Mail : aceh74200@gmail.com
Site internet : aceh74200.com

**A REMPLIR EN TOTALITE
MERCİ**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné-e, _____, responsable légal-e de
l'enfant _____, né-e le _____ et
demeurant à _____

demande qu'il/elle puisse bénéficier de cours organisés par l'ACEH :

- A mon domicile
- A l'hôpital
- Au centre de soins de la MGEN à Évian
- Dans son établissement scolaire
- Autre : préciser SVP: _____

Tél des parents : _____ mail : _____

INFORMATIONS SUR LA SCOLARITÉ

Nom et adresse de l'établissement scolaire et classe : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la Charte de l'ACEH. **(ci-joints)**
- J'autorise l'association à prendre contact avec l'établissement scolaire.
- J'autorise les personnels soignants à partager toute information utile avec les professeurs de l'ACEH.
- Je joins un certificat médical attestant de son incapacité actuelle à suivre une scolarité normale en établissement scolaire.
- Si les cours ont lieu à domicile, je m'engage à ce qu'un membre adulte de ma famille ou un adulte dûment mandaté à cet effet, soit présent pendant toute la durée des cours. Je m'engage également à prévenir au plus vite les professeurs concernés en cas d'imprévu ou de fin de prise en charge par l'association.
- Je dégage la responsabilité de l'enseignant-e de l'ACEH en cas de malaise de l'élève durant le cours.

Autres informations : _____

Date : _____

Signature :