



AUTORISATION PARENTALE DE PARTAGE DE PAI

Je, soussigné Monsieur ou Madame* (nom et prénom):

.....

Détenteur de l'autorité parentale, agissant en qualité de parents/tuteur* de l'enfant :

..... en classe de

Accepte que le secret médical soit partagé afin de transmettre le PAI scolaire sur le temps périscolaire.

Accepte que les modalités de protocole soient identiques sur le temps scolaire et périscolaire à compter du.....

Cette autorisation nécessite de votre part de fournir une trousse médicale sur chacun des temps suivants : scolaire et périscolaire.

DATE ET LIEU :

SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR :

*rayer les mentions inutiles