

FEUILLE DE LIAISON TRANSPORT SCOLAIRE

Les Parents :

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Adresse:.....	Adresse:.....
Téléphone Domicile et / ou Portable :	Téléphone Domicile et / ou Portable :
Adresse mail :	Adresse mail :

Les Enfants:

Classe :	Classe :
Nom Prénom :.....	Nom Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Classe :	Classe :
Nom Prénom :.....	Nom Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Nom, adresse, téléphone du médecin traitant :	
<u>Pour les – de 6 ans :</u> Autres personnes adultes habilitées à récupérer l'enfant à l'arrêt du bus : (Complétez ou écrivez « néant »)	
<u>Autres personnes à prévenir en cas d'urgence</u>	
Nom Prénom (lien de parenté)	numéro de téléphone

Autorisation

En cas d'accident de mon (ou mes) enfant (s),

Je soussigné, son père ou sa mère, autorise le personnel d'accompagnement à prendre toute mesure nécessaire pour le(s) faire soigner ou hospitaliser.

Fait à Saint –Pierre d'Entremont, le :

Date, Signature :