

**FEUILLE DE LIAISON TRANSPORT SCOLAIRE**

**Les Parents :**

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

**Les Enfants:**

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

**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 :