



Lycée Professionnel Père GUENEAU

BP 85 - 98870 BOURAIL

Tél. : 44 11 28

E-mail : sec.lp.pgueneau@ddec.nc



FICHE INTERNAT - 2023

RENSEIGNEMENTS ELEVE

NOM : Prénoms : Garçon

Né(e) le/...../..... Lieu : Fille

Classe :

RENSEIGNEMENTS FAMILLE OU TUTEUR

Responsable légal 1

Père / Mère / Tuteur (*entourer*)

Situation familiale :

NOM :

Prénom :

Adresse Physique :

Et/ou BP : Code postal :

Ville :

Profession :

N° de portable :

N° du travail :

N° du domicile :

SIGNATURE :

Responsable légal 2

Père / Mère / Tuteur (*entourer*)

Situation familiale :

NOM :

Prénom :

Adresse physique :

Et/ou BP : Code postal :

Ville :

Profession :

N° de portable :

N° du travail :

N° du domicile :

SIGNATURE :

CORRESPONDANTS

NOM :

Prénom :

Adresse Physique :

Et/ou BP : Code postal :

Ville :

N° de portable :

N° du travail :

N° du domicile :

SIGNATURE :

TRANSPORT

Par les parents ou autres responsables : Oui Non
Par le ramassage scolaire : Oui Non Destination :

Si l'enfant prend le bus, veuillez préciser l'arrêt :

AUTORISATION DE RETOUR EN BUS

En cas de nécessité d'un retour à domicile pour des raisons de santé, après avoir été informé,

- j'autorise l'établissement à faire partir mon enfant en bus.
 je n'autorise pas l'établissement à faire partir mon enfant en bus.

SIGNATURE :

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas de nécessité, en dehors de toute urgence, durant le temps scolaire et si vous ne pouvez être avertis, l'établissement peut être amené à conduire votre enfant chez un médecin privé ou au dispensaire de Bourail.

En cas d'urgence, durant le temps scolaire, l'établissement dirigera votre enfant au dispensaire de Bourail pour y recevoir les soins que nécessite son état et contactera au plus vite le responsable légal.

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Tuteur/trice
de l'élève
né(e) le/...../..... à

donne à l'établissement l'autorisation d'organiser son transport vers le centre médical de Bourail.

donne au médecin l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état, y compris l'anesthésie générale, et à évacuer mon enfant vers le Médipôle.

Remarque : Pour tout autre dispositif, veuillez préciser votre choix :
.....

Date et signature
(précédé de la mention « lu et approuvé »)