

INSCRIPTIONS : Année scolaire 2026-2027

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

1) SCOLARITÉ :

- Copie de la carte d'identité (ou passeport) **en cours de validité** (document obligatoire pour toute inscription aux examens)
- Copie de l'attestation de recensement ou de la JAPD.
- Copie du livret de famille.
- En cas de séparation des parents, copie du jugement de divorce ou attestation de garde.
- Attestation de réussite aux Tests d'Exigences Préalables (TEP) : obligatoire pour entrer dans la formation.**
- Attestation de réussite aux premiers secours citoyens (PSC) ou équivalent.

2) INFIRMERIE :

- Une fiche d'infirmerie + fiche urgence sur laquelle vous collerez une autre photo d'identité.
- Photocopie des vaccins.

3) INTENDANCE :

- Fiche intendance.
- Une photo d'identité.
- Un relevé d'identité bancaire **aux nom et adresse du responsable identifié comme payant les frais scolaires : inscrire au dos nom, prénom et le niveau et la filière de l'élève.**

4) DOSSIER ALLOCATION

- Autorisation du représentant légal.
- RIB (élève ou représentant légal selon les situations).

5) REGLEMENT INTERIEUR

- Coupon d'adhésion au règlement intérieur.

6) ASSOCIATION SPORTIVE

- Fiche inscription AS.

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénoms : _____
 Né(e) le : _____ A _____ Département : _____
 Nationalité : _____ N°Insee (de l'élève) : _____ Sexe (M ou F) : _____
 ☎ Portable : _____ @ mail : _____

Scolarité de l'année 2026 – 2027 :

Formation : _____ Division/classe : _____
 Doublement : oui non Régime : Externe DP Ticket Demi-pensionnaire
 PAP PAI Aménagements d'examen
 Langues : L.V.A : ANGLAIS L.V. B : ALLEMAND
 L.V. A : ALLEMAND L.V.B : ESPAGNOL
 Options : _____ Moyen de transport : Divia Transco Train Autre : _____

Scolarité antérieure :

ANNEE	CLASSE	ETABLISSEMENT	DIPLOME OBTENU
2025-2026			
2024-2025			
2023-2024			

Représentant légal : Paie les frais scolaires / Perçoit les aides

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Commune : _____ Pays : _____
 ☎ domicile : _____ ☎ travail : _____ ☎ portable : _____
 @ mail (obligatoire) : _____ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence
 Profession ou catégorie socio-professionnelle* : _____ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)
 Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves oui non

Adresse de l'élève si différente de celle du représentant légal : _____
 _____ Code Postal : _____ Commune : _____

Représentant légal : Paie les frais scolaires / Perçoit les aides

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Commune : _____ Pays : _____
 ☎ domicile : _____ ☎ travail : _____ ☎ portable : _____
 @ mail (obligatoire) : _____ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence
 Profession ou catégorie socio-professionnelle* : _____ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)
 Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves : oui non

Situation parentale

en couple / séparés : qui possède l'autorité parentale ? / Élève isolé
 père et mère / mère uniquement / père uniquement

Professions et catégories socio-professionnelles - Codes à reporter en page 1, « représentants légaux »

Code	Libellé	Code	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS		OUVRIERS	
10	Agriculteurs exploitants	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
21	Artisans	64	Chauffeurs
22	Commerçants et assimilés	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	69	Ouvriers agricoles
33	Cadres de la fonction publique	RETRAITES	
34	Professeurs, professions scientifiques	71	Retraités agriculteurs exploitants
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	72	Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	74	Anciens cadres
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	75	Anciennes professions intermédiaires
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES		77	Anciens employés
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	78	Anciens ouvriers
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE	
44	Clergé, religieux	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	83	Militaires du contingent
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	84	Elèves, étudiants
47	Techniciens	85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)
EMPLOYES			
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique		
53	Policiers et militaires		
54	Employés administratifs d'entreprise		
55	Employés de commerce		
56	Personnels des services directs aux particuliers		

ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement), nous pouvons étudier si vous avez **droit à une bourse pour son année scolaire**.
 Pour cela, il vous suffit de remplir ou modifier les **informations ci-dessous, pour vous-même et pour votre concubin(e)** si cette situation vous concerne.
 Ces informations sont indispensables pour nous permettre de récupérer automatiquement vos données fiscales.
De cette manière, vous n'aurez pas besoin de faire une demande de bourse à la rentrée.
 Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète les informations ci-dessous

Vous-même :

Nom de famille* (1) :
 Nom d'usage (2) :
 Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :
 Date de naissance* : .../.../... Pays de naissance* :
 Département de naissance* (4) : Commune de naissance* (4) :

Votre concubin(e) :

Vous êtes en concubinage si vous vivez en couple sous le même toit, sans être marié ou pacsé (dans ce cas vous payez vos impôts séparément). L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche.

Nom de famille* (1) : **Civilité* :** Mme M.
 Nom d'usage (2) :
 Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :
 Date de naissance* : .../.../... Pays de naissance* :
 Département de naissance* (4) : Commune de naissance* (4) :

(1) Nom de famille : nom de naissance, obligatoire (2) Nom d'usage : à compléter si différent du nom de famille, par ex. nom d'époux/épouse
 (3) Prénoms : dans l'ordre de l'état civil (4) Département (ex : 075) et commune de naissance : à compléter si vous êtes nés en France.

Je certifie l'exactitude des données transmises

Fait le ___/___/_____

Signatures des représentants légaux :



**ACADÉMIE
DE DIJON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Établissement scolaire :

Classe :

Ce document contient des renseignements médicaux, merci de le transmettre à l'infirmier de l'établissement sous pli cacheté. Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut également être joint à la présente :
courrier joint : Oui Non

**Photo
à
agrafer**

FICHE INFIRMERIE

NOM : Prénom : Né(e) le :

VACCINATIONS :

Exclusivement pour les élèves qui intègrent l'établissement, joindre une photocopie **nominative** des pages «Vaccinations » du carnet de santé. (article L.3111-2 du code de la santé publique).

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

- **Votre enfant porte-t-il des lunettes?** Oui Non

Si **OUI**, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :

- **Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus?** Oui Non

Si **OUI**, nom du médecin ORL qui le suit :

- **Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier?** Oui Non

Si **OUI**, lequel? :

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier?** Oui Non

(Ex. : Psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, kinésithérapique, ergothérapie)

Merci de préciser le nom du professionnel ou la structure qui suit votre enfant:

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)?** Oui Non
- **Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI?** Oui Non

(asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée)

Dans ce cas, merci de prendre contact avec le personnel de santé de l'établissement.

S'il a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire à venir? Oui Non

- **Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du responsable légal n°1

et / ou

Signature du responsable légal n°2

A le

A le

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données - 10 rue de la Convention - 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage).

FICHE INTENDANCE INSCRIPTION ANNÉE 2026/2027

ÉLÈVE CONCERNÉ	
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Régime choisi (1 seule case à cocher) : <input type="radio"/> EXTERNE <input type="radio"/> DP4 (forfait 4 jours, tarif annuel 2026 : 564.48€)* <input type="radio"/> DP TICKET (tarif : 5.00€) <input type="radio"/> DP5 (forfait 5 jours, tarif annuel 2026 : 664.20€)* Il sera possible de changer de régime jusqu'au 30/09/2026 sur demande écrite. Bourse de lycée déjà accordée : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Demande en cours	
RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE	
Responsable 1 : Responsable financier de l'élève Joindre obligatoirement un RIB au nom du responsable financier de l'élève	Responsable 2 de l'élève
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre (préciser) _____	Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre (préciser) _____
ÉLÈVE PRIS EN CHARGE PAR UN ORGANISME OU UNE COLLECTIVITÉ	
Joindre tout document justificatif de la prise en charge financière si possible	
Nom de l'organisme : _____ Adresse de facturation : _____	Nom du référent : _____ Téléphone : _____

La signature du présent document vaut acceptation du règlement financier de l'internat et de la demi-pension consultable sur le site du lycée www.lycee-simoneveil-dijon.org

SIGNATURE DU RESPONSABLE FINANCIER

.....

Autorisation du représentant légal

Année scolaire 2026 - 2027

Allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel

Je soussigné (e) (Nom, prénom) : _____

Représentant légal de l'élève mineur :
(Nom, prénoms) _____ Né(e) le ___ à _____

Inscrit au lycée (nom) _____ (ville) _____ En classe de
(niveau, diplôme, spécialité) _____

Autorise ce(tte) dernier(e) à bénéficier de l'allocation en faveur des lycéens professionnels dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

Conformément à l'arrêté déterminant les montants et les conditions de versement de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu professionnel, je confirme mon choix que cette allocation soit versée sur :

- Le compte bancaire de (Nom, prénoms de l'élève) en tant que bénéficiaire direct de l'aide (joindre RIB)
- Mon compte bancaire en tant que représentant légal (joindre RIB)

Cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de la pièce prouvant le lien entre le représentant légal et l'élève mineur ci-dessus mentionné (livret de famille, ...).

En conformité avec ce choix, je :

- Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend (Nom, prénoms de l'élève) sont exactes ;
- Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

En cas d'erreur ou de modification des coordonnées bancaires au cours de l'année, le bénéficiaire et son représentant légal s'engagent à en informer l'établissement dont le bénéficiaire dépend et à lui communiquer dans les plus brefs délais un nouveau relevé d'identité bancaire.

En cas de changement d'établissement dans l'année, une nouvelle autorisation du représentant légal doit être transmise au nouvel lycée d'accueil.

Je reconnais être informé(e) des dispositions des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal, ce dernier prévoyant " [...] qu'« est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

Date et signature du représentant légal

Affaire suivie par :
Stéphanie DESNOYER
Directrice Déléguée aux
Formations
Professionnelles et
Technologiques

☎ 03 80 63 04 80

🖨 03 80 63 04 99

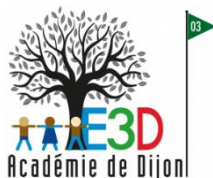
✉ stephanie.desnoyer@ac-dijon.fr

📍 1 rue Pelletier de
CHAMBURE

21 000 DIJON

Site du lycée :

www.lycee-simoneveil-dijon.org



RENTREE 2026-2027

Allocation de stage au titre des Périodes de Formation en Milieu Professionnel (PFMP).

Madame, Monsieur,

Depuis la rentrée scolaire 2023, chaque élève de la voie professionnelle perçoit une allocation au titre de leur engagement dans les Périodes de Formation en Milieu Professionnel (PFMP).

Le montant de l'allocation s'élève à :

- ☐ 50 euros par semaine pour les élèves inscrits en 1^{ère} année de CAP et en seconde du baccalauréat professionnel ;
- ☐ 75 euros par semaine pour les élèves inscrits en 2^{ème} année de CAP et en première du baccalauréat professionnel ;
- ☐ 100 euros par semaine pour les élèves inscrits en terminale du baccalauréat professionnel.

Attention, les montants versés seront calculés en fonction du nombre de jours de PFMP effectués.

Pour l'élève **majeur**, le versement se fera **sur le compte bancaire du jeune**, pour l'élève **mineur**, sur le compte bancaire du représentant légal ou sur le compte de l'élève avec accord du représentant légal.

Pour les inscriptions, merci de fournir les documents suivants ainsi que l'autorisation 2026-2027 ci-jointe :

	Elève mineur	Elève majeur
Allocation versée sur le compte du lycéen	<ul style="list-style-type: none">☐ Copie de la pièce d'identité du lycéen (recto-verso)☐ RIB du lycéen☐ Autorisation du représentant légal☐ Document justifiant de la qualité du représentant légal (ex : livret de famille)	<ul style="list-style-type: none">☐ Pièce d'identité du lycéen (recto-verso)☐ RIB du compte bancaire
Allocation versée sur le compte du responsable légal	<ul style="list-style-type: none">☐ Copie de la pièce d'identité du lycéen et du titulaire du compte (recto-verso)☐ RIB du compte bancaire choisi☐ Document justifiant de la qualité du représentant légal (ex : livret de famille)☐ Autorisation du représentant légal	

Pour les réinscriptions des élèves dont les documents ci-dessus ont déjà été transmis l'année précédente, merci de compléter l'autorisation 2026-2027 ci-jointe.

Je vous prie d'agréer, madame, monsieur, mes sincères salutations.

Stéphanie DESNOYER
Directrice Déléguée aux Formations
Professionnelles et Technologiques

Règlement Intérieur

Le Règlement intérieur est disponible sur le site du lycée. Les représentants légaux peuvent venir le consulter sur le poste informatique en salle des parents située à côté de la loge.

J'ai pris connaissance de ce Règlement Intérieur pour l'année scolaire 2026– 2027

Responsable 1 :

Responsable 2 :

NOM :

NOM :

PRENOM :

PRENOM :

Date et Signature :

Date et Signature :

Nom de l'élève :

Signature de l'élève

Règlement Intérieur

Le Règlement intérieur est disponible sur le site du lycée. Les représentants légaux peuvent venir le consulter sur le poste informatique en salle des parents située à côté de la loge.

J'ai pris connaissance de ce Règlement Intérieur pour l'année scolaire 2026 – 2027

Responsable 1 :

Responsable 2 :

NOM :

NOM :

PRENOM :

PRENOM :

Date et Signature :

Date et Signature :

Nom de l'élève :

Signature de l'élève

Établissement scolaire :

Année scolaire :

Document non confidentiel à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire.

Fiche de renseignements en cas d'urgence

Identité de l'élève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

N° de téléphone portable de l'élève majeur :

Identité des responsables légaux :

Responsable légal n°1 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°1:

N° de téléphone portable :

Responsable légal n°2 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°2:.....

N° de téléphone portable :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible.

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer (réponse obligatoire)

1 : 2 : 3 :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-centre 15.

Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou de service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) : Oui Non
(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Votre enfant a-t-il un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) : oui non
(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ? oui non

Si oui et /ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et /ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche infirmerie confidentielle à remettre, sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier,

Lors de la 1ère inscription dans l'établissement, merci de fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche infirmerie confidentielle, sous enveloppe cachetée à l'attention de personnel infirmier de l'établissement,

Signature responsable légal n°1

Signature responsable légal n°2

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et , le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données – 10 rue de la Convention – 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> . Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage)

ASSOCIATION SPORTIVE LYCEE Simone WEIL CONDITIONS D'ADHESION

- Compléter et signer l'autorisation parentale ci-dessous.
- Régler le montant de la licence UNSS (Licence obligatoire dans tous les cas et qui permet de participer à toutes les activités de l'AS)
- Pour l'année scolaire 2026-2027 le prix de la licence est fixé à 25 euros (20 euros lors de l'inscription au lycée)

Les chèques seront libellés à l'ordre de l' « **association sportive du lycée Simone Weil** »
(Les familles qui éprouvent des difficultés financières peuvent faire appel au fonds social d'aide aux lycéens.)

Pour information, vous trouverez dans le tableau suivant le planning de l'année 2025/2026



EMPLOI DU TEMPS
ASSOCIATION SPORTIVE
LYCEE SIMONE WEIL 2025/2026



	JOUR	HORAIRE	PROFESSEUR ENCADRANT
MUSCULATION RENFORCEMENT MUSCULAIRE STEP	LUNDI	17h30 / 19h30	DI GIROLAMO
	MARDI	12h20/13h25	JEANNIARD
	MARDI	17h30 / 19h30	GAUCHET
	JEUDI	12h20/13h25	JEANNIARD
BASKET 3 vs 3	MERCREDI	13h30 / 15h	GAUCHET
GYMNASE OUVERT (Futsal, badminton, volley...)	VENDREDI	12h20/13h25	VOLATIER
	JEUDI	12h20/13h25	DI GIROLAMO





AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,.....père, mère, tuteur, représentant légal

- ✓ Autorise mon fils, ma fille.....classe.....né(e)
le
- ✓ A participer aux activités de l'association sportive du lycée Simone Weil (entraînements, compétitions, sorties exceptionnelles)
- ✓ Autorise le professeur responsable de l'accompagnement à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale
- ✓ Autorise mon fils, ma fille à se rendre par ses propres moyens sur les installations sportives de la Ville de Dijon et de sa proche banlieue.

Fait àle

Signature