



ACADÉMIE DE NORMANDIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Lycée Salvador Allende
HEROUVILLE ST CLAIR

AUTORISATION DE SORTIE

Année scolaire **2024/2025**

Élève :

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de représentant légal,

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

...mon enfant à quitter librement l'établissement en dehors des heures de cours ou en cas de suppression exceptionnelle de cours, conformément au [chapitre « 1.g » du Règlement Intérieur](#) du Lycée Salvador Allende.

Date :

Signature du représentant légal