



**ACADÉMIE
DE NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Lycée Salvador Allende
HEROUVILLE ST CLAIR

AUTORISATION DE SORTIE

Année scolaire 2025/2026

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. Mon enfant s'engage à respecter ma décision.

Date :

Signature du représentant légal

Signature de l'élève