

## DEMANDE D'AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE 2026 – 2027

Nous, soussignés, Responsables(s) légal(aux) :

Nom ..... Prénom .....

Nom ..... Prénom .....

Demeurant :

.....  
.....

Téléphone 1: ..... Téléphone 2 : .....

autorisons par la présente l'École de l'IMMACULÉE CONCEPTION, à photographier, filmer, enregistrer, interviewer notre enfant :

Nom ..... Prénom..... Classe : .....

puis à reproduire et diffuser ces photographies (films, enregistrements, interviews, ...) sur les supports suivants :

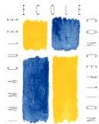
- La Fiche Infos de l'établissement, les journaux produits par les élèves, les articles de presse se rapportant à la DDEC 75, à l'APEL ou à l'Enseignement Catholique ;
- La plaquette de l'établissement, photos de classe ;
- Site Internet de l'établissement ;
- Tout support numérique à destination des familles des élèves, du personnel de l'établissement ;
- Représentation sur grand écran de toutes manifestations sportives, scolaires, culturelles, religieuses, pédagogiques, dans le cadre de l'école.

**Nous sommes informés que cette prestation et déclaration ne pourront donner lieu à aucune rémunération.**

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé » :

**Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)**

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire



École Immaculée Conception  
18 rue SIBUET - 75012 Paris  
01 43 43 02 21  
secret.eic@gmail.com

## AUTORISATION DE SORTIE 2026 – 2027

Chères Familles,

Nous vous adressons ci-dessous une autorisation de sorties pour l'année 2026 - 2027. Elle sera valable pour toute l'année scolaire et pour toutes les sorties.

Vous recevrez, comme d'habitude, la documentation et les circulaires concernant chaque projet, sortie, activité, mentionnant le déroulement et les détails nécessaires dans le cahier de correspondance de votre enfant.

Jean CARVALLO  
Chef d'Établissement

✂-----

Madame, Monsieur : .....

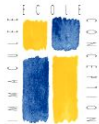
Responsables(s) légal(aux) de : ..... Classe : .....

accepte(nt) que leur enfant participe à toutes les sorties et activités organisées par l'école sur le temps scolaire.

Date : .....

### Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire



## ACTIONS PÉDAGOGIQUES COMPLÉMENTAIRES (APC) 2026 - 2027

Chères Familles,

Les Actions Pédagogiques Complémentaires (APC) sont proposées deux fois par semaine durant 30 min sur le temps du déjeuner.

Les enseignantes travaillent avec un petit groupe d'élèves ayant besoin d'une attention particulière pour construire les compétences de base.

Nous vous demandons une autorisation de principe pour que votre enfant puisse éventuellement participer à ces groupes de travail au cours de l'année scolaire 2026 – 2027.

Son enseignante vous tiendra informés des jours et des objectifs des séances si votre enfant est concerné par ces APC.

Jean Carvallo  
Chef d'Établissement

L'Équipe Pédagogique

✂-----

Madame, Monsieur .....

Autorise(nt) mon (notre) enfant ..... en classe de .....

à participer aux APC qui lui seront proposées durant l'année scolaire.

OUI

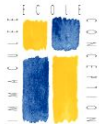
NON

En cas de refus, merci de nous en préciser les raisons :

.....  
.....  
.....

**Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)**

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire



## FICHE MÉDICALE SCOLAIRE 2026 – 2027

### ÉLÈVE :

NOM : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de naissance : ..... Classe : .....

NOM et Adresse des Parents ou Représentant(s) légal(aux) :

.....  
.....

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS :

Groupe sanguin : .....

Date du dernier rappel DT Polio : .. / .. / .... Date du dernier test BCG : .. / .. / ....

Coordonnées du Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical régulier : OUI / NON

Si OUI, merci de vous rapprocher de l'école pour la mise en place éventuelle d'un PAI.

Lequel : .....

Est-il allergique (alimentation, médicaments) ? .....

### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE :

1- NOM et Téléphone : .....

2- NOM et Téléphone : .....

### AUTORISATIONS D'INTERVENTIONS MÉDICALES :

Nous, soussignés, ....., autorisons **le Chef d'Établissement de l'École Immaculée Conception** à faire pratiquer sur notre enfant **toute intervention chirurgicale ou soins nécessaires** en cas d'accident et d'urgence dans le cas où nous ne pourrions pas être directement et immédiatement prévenus. L'École dépend de l'Hôpital Trousseau.

Nom et qualité du signataire :

Nom et qualité du signataire :

--	--