

Ecole élémentaire René Caillé
64 Avenue André Malraux
17250 PONT L'ABBE D'ARNOULT

Port de lunettes

Rentrée 2017

Je soussigné (e) _____
déclare que mon enfant (Nom, Prénom) _____

scolarisé en classe de _____

- Ne doit pas porter ses lunettes en dehors de la classe *
- Doit porter des lunettes pendant les récréations et les séances d'éducation physique *

Fait le ___/___/2017

Signature

*: rayer la mention inutile

Nota: Pour les porteurs de lunettes, l'assurance est fortement conseillée, tant en garantie « responsabilité civile » qu'en « individuelle accident »