

REGLEMENT CONCERNANT LES ABSENCES ET SORTIES DES PATIENTS MINEURS A L'EXTERIEUR DU CRF

Les patients ne doivent pas s'absenter du CRF sans autorisation expresse. Les absences et la sortie du patient mineur est réglementée et soumise à l'approbation des titulaires de l'autorité parentale. Le CRF n'est en aucun cas un établissement d'éducation dont il n'a ni les moyens, ni la vocation. Les autorisations d'absence sont accordées en fonction de l'état médical du patient ET EXCLUSIVEMENT avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Elles sont subordonnées au strict respect des horaires indiqués. Pendant cette absence, votre responsabilité est engagée, celle de l'établissement ne pourra en aucun cas être mise en cause.

Si nous constatons un retour au-delà des horaires indiqués ou une absence en dehors des jours et heures accordés, notre responsabilité vis-à-vis du mineur nous obligera à :

- informer immédiatement les titulaires de l'autorité parentale
- signaler l'absence à la gendarmerie et au commissariat de police
- prévenir le Directeur afin que celui-ci prenne les sanctions nécessaires, pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Je soussigné(e) Mme / Mr..... père, mère, tuteur (*rayez les mentions inutiles*)

- ☞ Autorise mon fils / ma fille (nom + prénom) à s'absenter de l'établissement **en dehors des horaires de rééducation** (midi et soir jusqu'à 22h) :
- NON OUI Seul(e)
 Accompagné d'un titulaire de l'autorité parentale
 Accompagné d'une tierce personne : *précisez les nom et prénom de cette personne*

- ☞ Autorise mon fils / ma fille (nom + prénom) à s'absenter de l'établissement en **permission le week end selon des horaires définis** :
- NON OUI Seul(e)
 Accompagné d'un titulaire de l'autorité parentale
 Accompagné d'une tierce personne : *précisez les nom et prénom de cette personne*

- ☞ Autorise mon fils / ma fille (nom + prénom) à **quitter définitivement l'établissement à sa sortie** :
- Seul(e)
 Accompagné d'un titulaire de l'autorité parentale
 Accompagné d'une tierce personne : *précisez les nom et prénom de cette personne*

Atteste avoir pris connaissance de ces consignes et m'engage à les respecter sous réserve des sanctions évoquées précédemment.

A Salies de Béarn le :

Signature du titulaire de l'autorité parentale :

Signature du représentant de l'établissement :

Signature du patient mineur