

## AUTORISATION DE SOINS

**En prévision des maladies ou des accidents, entraînant des interventions médicales ou chirurgicales à effectuer d'urgence, il est demandé aux parents ou tuteurs légaux de donner les informations suivantes :**

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Numéro de sécurité sociale de l'élève : .....  
Caisse d'affiliation Sécurité sociale et adresse : .....

Mutuelle : .....

Adresse de l'élève : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence : .....  
N° de téléphone du lieu de travail de la mère et numéro du poste : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone de la personne à prévenir : .....  
N° de téléphone du lieu de travail du père et numéro du poste : .....  
Allergies médicamenteuses : .....  
Médecin traitant : .....  
Si nous n'arrivons pas à vous joindre, autre personne à contacter : M / Mme .....  
Lien avec l'élève : .....Téléphone .....

**Au cas où les parents ne s'estimeraient ni en mesure d'intervenir à temps, ni suffisamment informés pour choisir un médecin, il est indispensable de signer l'autorisation suivante :**

Je soussigné M. Mme.....représentant légal de l'élève.....  
en classe de .....

Autorise le médecin ou le chirurgien, désigné par le directeur de l'établissement scolaire, à pratiquer toute intervention qu'il jugera nécessaire ou à dispenser des soins à l'élève : .....

Fait à ....., le .....

Signature des parents :

