



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 :

