

NOM de l'élève _____ Prénom _____

PARENTS ou REPRESENTANT LEGAL

AUTORITE PARENTALE : conjointe mère père autre personne – préciser :

	Père	Mère
NOM/Prénom		
Adresse		
Tél.Domicile		
Tél.Travail		
Portable		

PERSONNES A PREVENIR en CAS d'URGENCE :

NOM-Prénom	Adresse	Tél

En cas d'accident, le personnel s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

En cas d'urgence – autorisez-vous le personnel à appeler le **Docteur BOUCHET** exerçant dans l'établissement scolaire, pour lui donner les soins justifiés par son état ? oui non

Si non, Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant à prévenir :

En cas d'accident grave, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION d'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame :

Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille, au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Problèmes médicaux, allergies :

Le Père,

Apremont, le 2005
La Mère,