|  |
| --- |
| Autorisation de soins médicaux |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné(e) : | |  | | --- | |  | |
| Adresse : | |  | | --- | |  | |
|  | |  | | --- | |  | |
| Tél. domicile : | |  | | --- | |  | |
| Tél. portable : | |  | | --- | |  | |
| Matricule : | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro carte de membre de la caisse médicochirurgicale: | |  | | --- | |  | |

Autre assurance (Europe Assistance, Carte Jeunes, …) et numéro d’affiliation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |

autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires à l'élève, que ce soit en cas d’accident, d'intervention chirurgicale urgente, de maladie contagieuse ou de toute autre affection grave.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | |  | | --- | |  | |
| Prénom : | |  | | --- | |  | |
| Né(e) le : | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |
| Sexe : |  masculin  féminin |

En mon absence, la personne à prévenir en cas d’accident est

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | |  | | --- | |  | |
| Adresse : | |  | | --- | |  | |
|  | |  | | --- | |  | |
| Tél. domicile : | |  | | --- | |  | |
| Tél. portable : | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à | |  | | --- | |  | |
| le | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

Signature (obligatoire précédée de la mention «lu et approuvé»)