

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

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 :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Sexe :

masculin féminin

Médicaments

Je suis responsable de tous les médicaments que mon enfant apporte lors du séjour en classe de neige.

Toute prise de médicament doit être autorisée par vous et se déroulera sous la supervision des enseignants responsables.

En cas de prise non autorisée, les responsables déclinent toute responsabilité.

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 »)