|  |
| --- |
| 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»)