

## AUTORISATION DES PARENTS

ANNEE 2021/2022

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du père, de la mère ou du tuteur)

Demeurant .....  
(Adresse des parents ou tuteurs)

autorise le Chef d'établissement ou son représentant légal à faire dispenser à

NOM et Prénom de l'élève .....né le .....à.....

en classe de .....Téléphone portable de l'élève : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse mail de l'élève .....

Tous soins médicaux ou chirurgicaux rendus nécessaires en cas d'urgence.

**\* Téléphones des personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Téléphone du domicile du père : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| de la mère : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Téléphone du portable du père : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| de la mère : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Téléphone du travail du père : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| de la mère : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse mail du père : ..... de la mère .....

Téléphone d'une autre personne majeure : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nom et prénom de cette personne .....Lien avec cette personne .....  
(Grand-père, oncle, voisin, ami.....)

**\* Nom/Ville et Téléphone du médecin de famille** .....

**\* Organisme de protection sociale** : .....

N° d'immatriculation et Centre d'affiliation : .....

**\* Renseignements divers concernant l'élève** (allergies, groupe sanguin, traitement en cours ...)

.....

### Recommandations pour les stages en milieu hospitalier

. Vaccination hépatite B obligatoire

. Test tuberculique à fournir

. Radio des poumons de moins de 3 mois

**Etre à jour de tous les vaccins = pour tous les stages. Merci de fournir une copie du carnet vaccinal.**

Date et Signature