

AUTORISATION DES PARENTS

ANNEE 2020/2021

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'élèvené leà.....

en classe deTéléphone 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 personneLien 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 tuberculinique 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