

**AUTORISATION DE SOINS**

En cas d'accident, de malaise soudain, l'école essaiera de contacter les parents. Cela n'est pas toujours possible. Or, parfois, il faut décider vite. Merci de remplir scrupuleusement les informations ci-dessous.

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Né(e) le ..... à .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : ..... Tel : .....

En cas d'urgence, prévenir : Mr / Mme ..... Tel : .....

Ou Mr / Mme ..... Tel : .....

Ou Mr / Mme ..... Tel : .....

Où faut-il conduire votre enfant ? : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Régime obligatoire (CPAM, MSA...) : .....

Mutuelle Complémentaire : .....

Interventions chirurgicales :

.....  
.....

Contre-indications, allergies, autre... : .....

.....

Je soussigné(e) ..... demeurant à .....  
autorise Noéline HERVE, directrice de l'école Sainte-Anne ou, en son absence, l'adjointe ayant sa délégation, à prendre, EN CAS D'URGENCE, toutes les décisions de TRANSPORT, d'HOSPITALISATION ou D'INTERVENTIONS CLINIQUES JUGEES INDISPENSABLES et URGENTS par le MEDECIN APPELE.

La présente autorisation vaut pour mon enfant .....  
né(e) le ..... mais seulement EN CAS D'IMPOSSIBILITE ABSOLUE de me joindre (ou les personnes mentionnées) ou d'obtenir l'avis de notre MEDECIN de FAMILLE.

Cette délégation vaudra – sauf avis contraire notifié par écrit – tant que mon enfant restera inscrit à l'école.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :