

**AUTORISATION PARENTALE  
POUR TOUTE INTERVENTION MÉDICALE EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné,

Nom et Prénom : .....

Profession : .....

Qualité : (père, mère, tuteur ...) : .....

Adresse précise du responsable légal : .....

Autorise l'hospitalisation et le traitement de :

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Classe : ..... 1/2 pensionnaire

Interne

Externe

Scolarisé(e) au Collège-Lycée SAINTE JEANNE d'ARC de GOURIN, tél : 02 97 23 78 50.

L'intervention se déroulerait dans le Centre Hospitalier le plus proche.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours.

Allergies diverses : .....

Problème de santé particulier : .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

A : ..... Le .....

Signature du responsable légal :

**NOTA : l'établissement  
n'est pas autorisé à  
délivrer de médicament  
(aspirine ou autre).**

**PÈRE**

NOM : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél lieu de travail : .....

Tél mobile : .....

**MÈRE**

NOM : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél lieu de travail : .....

Tél mobile : .....

**A compléter et à retourner**