

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

Année scolaire 2024-2025

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