

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

ANNEE SCOLAIRE :

Nom-Prénom des Parents :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Travail : Tél. Port Mère :

Tél. Travail Tél. Port Père :

N° Sécurité Sociale du Responsable.....

Tierce personne (susceptible de vous prévenir rapidement) :

En cas d'urgence, j'autorise la Direction de l'établissement LA PROVIDENCE-NAZARETH à prendre toute disposition relative aux soins médicaux et chirurgicaux à donner à mon fils ou mes fils et à ma fille ou mes filles :

Nom et Prénom de l' enfant :

Date de naissance ::.....Classe :.....

Où voulez-vous qu'il soit transporté ?

.....
.....

Nom du médecin de famille :

Son adresse :

Son téléphone :

Contre-indications – Remarques :

.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique)

Vaccinations à jour : OUI / NON

Vaccinations non à jour : OUI / NON

A.....

.....

Signature des Parents :

(FEUILLET A RETOURNER IMPERATIVEMENT AU SECRETARIAT QUELQUE QUE SOIT VOTRE DECISION, A L'AVANCE, MERCI.)