



LA PROVIDENCE-NAZARETH

ENSEIGNEMENT PRIVÉ CATHOLIQUE - SOUS CONTRAT
MATERNELLE - PRIMAIRE - COLLÈGE

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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 enfant :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissanceClasse :

Où voulez-vous qu'il soit transporté ?
.....
.....

Nom du médecin de famille :
Son adresse :
Son téléphone :

Contre-indications – Remarques :
.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique)

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

À..... Le
Signature des Parents :

(Ce document sera conservé au secrétariat, il sera utilisé en cas d'urgence et communiqué au service de secours)