

Autorisation des parents en cas d'intervention chirurgicale urgente.

Couverture sociale de l'enfant :

Caisse primaire de Sécurité Sociale :
Désignation :
N°d'assuré :
Désignation de la mutuelle (éventuellement) :
N°d'assuré :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Qualité (père, mère, ...) :
Nom, prénom :
Adresse personnelle : Tél :
Adresse professionnelle Tél :
Qualité (père, mère, ...) :Nom, prénom :
Adresse personnelle :Tél :
Adresse professionnelle : Tél :

Je soussigné(e) nom, prénom :
demeurant à :
agissant en qualité de : père, mère ; tuteur, tutrice * **responsable**
de l'enfant nom, prénom, date de naissance :

déclare :

- 1) autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.
- 2) avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

A le

Signature :

*rayer les mentions inutiles