

**AUTORISATION PARENTALE
D'INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE**

Je, soussigné(e)

Père Mère Autre

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

N° de sécurité sociale qui couvre l'enfant

AUTORISE

- Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale, y compris avec phase d'anesthésie - réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

- Si l'état de mon enfant ne justifie pas le transfert par le SAMU ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais * par une ambulance si je ne peux aller le chercher moi-même.

Fait à, le

Signature

précédée de la mention
« lu et approuvé »

* Ces frais ouvrent droit à un remboursement par la Sécurité Sociale dès lors qu'un médecin a reconnu la nécessité du transport avant le départ de l'école ou à l'arrivée à l'hôpital.

Personne pouvant être appelée rapidement en cas d'accident :

Nom Tel. portable

Tel. travail Tel. domicile

Adresse

➤ Désirez-vous nous signaler une allergie particulière, une pathologie ou un traitement spécifique, concernant votre enfant ?

OUI NON

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS DE SORTIE

Ce document doit rester collé dans le cahier de correspondance

La sortie de vos enfants doit s'effectuer en s'assurant des meilleures conditions de sécurité.
Merci de remplir avec soin ce document, qui nous permettra tout au long de l'année un contrôle rigoureux des sorties des enfants.

Monique Serrano

Nom de l'enfant :

Prénom : Classe :

Merci de signaler, **PAR ÉCRIT**, toute modification en cours d'année à Madame SERRANO.

1 Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'établissement.

Votre enfant ne peut sortir seul(e) : **il sera confié(e) aux personnes mentionnées sur cette liste.**
Merci d'indiquer avec le plus grand soin la ou les personnes* régulièrement autorisées par vous à le reprendre en fin de demi-journée ou après la garderie.

* Indiquer : nom, adresse, tél.

SORTIES RÉGULIÈRES DE FIN DE CLASSE :

-
-
-
-

SORTIES ÉTUDE ET GARDERIE DU SOIR :

-
-
-

Date et Signature :

**2 J'autorise mon enfant : NOM : PRENOM :
à quitter seul l'établissement.**

Votre enfant retourne seul à la maison : **il est nécessaire de signer cette décharge**

Date et Signature :

Rappel : Mon enfant reste à l'étude le(s) jour(s) suivant(s) :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

A
D
E
C
O
U
P
E
R
A
D
E
C
O
U
P
E
R