

# AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

A remplir par les parents et à remettre aux professeurs principaux.

Je soussigné \_\_\_\_\_  
(nom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom et n° de la police d'assurance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Autorise mon enfant à participer au séjour neige à Crest Voland du 5 au 12 mars 2022
- Autorise les responsables du séjour à faire donner au mineur tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après la consultation d'un praticien :

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

En mon absence la personne à prévenir en cas d'accident est :  
(préciser nom, prénom, adresse complète, téléphone)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Renseignements éventuels concernant l'enfant, sa santé, ses prescriptions, ses fragilités, ses allergies, ses points faibles...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature obligatoire et précédée de la mention « lu et approuvé » :