

Madame, Monsieur

Parents de (Nom, prénom) :

- En cas d'urgence, autorise (nt) Odile VINCENT, chef d'établissement de l'école Ste Philomène à prendre les décisions concernant l'état de santé de leur enfant et faire intervenir les services de secours qui sont habilités à le faire hospitaliser, et, éventuellement, lui faire subir une opération ou anesthésie déclarée urgente par le médecin. Ils préfèrent l'Hôpital ou la Clinique :

- indiquent les contre-indications, allergies ou maladies importantes que nous devons connaître en cas de difficultés de santé dans l'établissement (hémophilie, diabète, etc....) :

- en cas de divorce ou séparation, indiquent le nom de la personne qui a la garde officielle ou principale de l'enfant :

Médecin de famille habituel : Dr

Ville Téléphone :

- N° Séc. Soc. du représentant légal :
- Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :
- Nom et adresse de votre mutuelle ou assurance complémentaire :
-N° d'adhérent.....

⇒ **Père** : Nom, adresse et téléphone de l'employeur :

⇒ **Mère** : Nom, adresse et téléphone de l'employeur :

DATE :

Signature des Parents :

(Ou du responsable légal de l'enfant)

PS : L'établissement n'est pas habilité à donner des médicaments. Un traitement pourra être donné, si et seulement si nous avons l'accord du médecin scolaire (P.A.I.)