



Autorisation d'intervention chirurgicale Année scolaire 2017-2018

NOM et PRENOM de l'élève (en majuscules) classe :

Né(e) le

Je soussigné(1) (père-mère-tuteur légal)

Demeurant à

Téléphone domicile...../...../...../...../..... Téléphone travail...../...../...../...../..... Portable...../...../...../...../.....

Autorise l'Administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou une hospitalisation (2). Dans tous les cas, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, accompagné par un adulte de l'établissement. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible,

Je laisse l'Administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (2).

Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique (3)

Adresse

Téléphone/...../...../...../.....

Nom du Médecin traitant : tél :

Allergies :

A, le

Signature

Important

Si vous n'avez pas personnellement le téléphone, à quels numéros de téléphone peut-on vous joindre ?

Nom Téléphone/...../...../...../.....

Nom Téléphone/...../...../...../.....

En cas de besoin, correspondant autre que le responsable légal à prévenir :

Nom

Adresse

Téléphone/...../...../...../.....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale du responsable légal

- 1) Rayer la ou les mentions inutiles
- 2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattaché
- 3) L'hôpital ou la clinique doivent être situés dans la commune où se trouve l'établissement scolaire ou dans une commune proche.