

ELEVES INTERNES 2024 - 2025

Nom et Prénom de l'élève :

Classe :

DATE DE NAISSANCE :

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je, soussigné(e)

Demeurant :

Père, Mère, Responsable légal, (rayer les mentions inutiles)

De l'élève INTERNE :

autorise le Lycée Rural Privé "LA PELISSIERE" à prendre, le cas échéant, toutes mesures jugées utiles en cas de maladie ou d'accident, survenu à l'enfant.

Fait à

le

Signature

IMPORTANT : Questionnaire à compléter, S.V.P.

1° - Votre enfant présente-t-il certaines allergies ou contre- indications médicales ?

OUI

NON

Si OUI, précisez lesquelles :

- Autres indications relatives à la santé de votre enfant : (Asthme/Somnolence/Crise d'Angoisse...)

2° - Nom et Numéro de téléphone du médecin traitant :

Dr.

Tél :

adresse et Commune :

3° - Indiquez ici les numéros de téléphone du où l'on peut vous joindre en cas d'urgence :

N° Père :

N° Mère :

N° :

4° - Si vous n'avez pas personnellement de téléphone, à quels numéros peut-on vous joindre :

Nom de la personne et Mail :

Tél.

Nom de la personne et Mail :

Tél.