



## ***AUTORISATION D'INTERVENTION***

Je soussigné, ..... (Père, Mère, représentant légal)\*

de l'élève : Nom : ..... Prénom : .....

Classe : .....

Né le : ..... / ..... / ..... à .....

Adresse des parents ou du responsable légal à joindre en cas de problème de santé (Urgence ou maladie) :

M. et/ou Mme : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Commune : .....

 : ..... Portable : .....

Adresse courriel : .....

Autorise le chef d'établissement ou son représentant à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence ou de nécessité médicale pour :

- le transport aller & retour
- les soins
- une intervention chirurgicale
- une hospitalisation

auprès des services hospitaliers compétents

Date et signature :

\* rayer les mentions inutiles