AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je, soussigné(e) NOM : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
___
Code Postal : _____ Ville : _____
_____
N° de Sécurité Sociale du Responsable :
___/___/___/___/_____/_____/ Clef___

Téléphones : Domicile : ____/____/____/____/____/
Portable Père : ____/____/____/____/____/
Portable Mère : ____/____/____/____/____/

ou autre : ____/____/____/____/____/

Précisez : _____

Nous insistons sur la nécessité de pouvoir vous joindre en cas d'urgence

responsable de l'ÉLÈVE (nom de l'élève) :
NOM : _____
Prénom : _____

- autorise le Lycée Saint Louis Saint Bruno à faire pratiquer tout soin ou à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation.

- autorise l'administration de médicaments de 1ère nécessité
oui /___/ non /___/

Fait à : _____ le :
Signature :

Cette feuille est à retourner avant la rentrée scolaire, sinon l'élève ne peut être admis à l'internat.
D'autre part, il est indispensable de signaler à la responsable d'internat tout traitement médical suivi par un élève interne.