

1 – L' ELEVE

NOM:..... Prénom:..... Classe :

Né(e) le : Ancien établissement fréquenté :

adresse et n° Tél. :

.....

2 – RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal 1

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

Responsable légal 2

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

En votre absence, autres personnes autorisées à prendre l'enfant en charge :

NOM-Prénom :

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

NOM-Prénom :

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

3-EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident grave ou nécessité d'intervention chirurgicale urgente survenant à notre enfant dans l'établissement, nous autorisons le Chef d'établissement à prendre pour nous les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaire.

Nous souhaitons que, dans la mesure du possible, notre enfant soit admis à :

Hôpital de proximité.....(1)

Clinique :(1)

Signatures,

(1) cochez la case qui convient

