

ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023

| Nom de l'élève | Prénom | Date de naissance | Classe |
|----------------|--------|-------------------|--------|
| | | | |

AUTORISATION

Je soussignéen qualité de
demeurant au

Tél Portable

Autorise

le collège FIDELIS à prendre, toutes décisions de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

Date et signature :

NUMERO D'URGENCE

Père

Mère

Autre

Domicile

Domicile

Nom :

Portable

Portable

Qualité :

Travail :

Travail :

Tél :

Problème de santé / allergies

-
-
-

Nous fournir l'ordonnance et les médicaments. Si besoin est, les services appropriés seront prévenus pour prodiguer les premiers soins.

Date et signature :