



## AUTORISATION D'HOSPITALISATION 2023-2024

Au cours de sa vie scolaire, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport dans un hôpital. En de telles circonstances, assez rares d'ailleurs mais toujours possibles, et afin d'agir au mieux des intérêts de l'enfant, nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous :

### 1. ELEVE.

Nom Prénom ..... Date de naissance.....

### 2. PARENTS

Père : ..... Mère : .....

Nom : ..... Nom : .....

adresse : ..... adresse : .....

.....

☎ domicile..... ☎ domicile.....

☎ portable ..... ☎ portable .....

@ mail ..... @mail .....

### 3. PERSONNE A PREVENIR (s'il y a lieu, autre que les Parents)

Nom.....

Adresse .....

.....

☎ domicile..... ☎ portable ..... ☎ travail.....

### 4 LIEUX DE TRAVAIL

Indiquer l'Entreprise, son adresse, le N° de téléphone et le poste éventuel

Employeur du Père : ..... Employeur de la Mère : .....

Nom : ..... .Nom : .....

adresse : ..... adresse : .....

.....

☎ ..... ☎ .....

### AUTORISATION

En cas d'accident grave, sauf avis contraire de votre part ci-dessous mentionné, le blessé sera transporté

à l'hôpital le plus proche : Hôpital Robert Debré 48 boulevard Sérurier 75019 Paris

Je soussigné(e) ..... N° S.S. ....

agissant en qualité de père, mère, tuteur(trice) responsable de l'enfant .....

AUTORISE la Direction ou son Représentant à prendre toutes les mesures prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.

Fait à ....., le ..... Signature :