

**AUTORISATION DE SOINS  
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE**

**ENFANT** : NOM.....PRENOM.....Classe.....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'établissement scolaire fera appel :

- soit à votre Médecin Traitant
- soit au SAMU (Tél: 15)

et vous préviendra le plus rapidement possible.

**Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :**

- Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

PERE : Tél.....MERE : Tél.....Responsable : Tél.....

- Numéro de Téléphone de voisin ou ami ou famille

NOM :..... Tél.....

- Médecin Traitant : Docteur ..... Tél.....

- Etablissement de soins choisi \*:

• HOPITAL .....

• CLINIQUE : .....

\*Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.

Je soussigné: Monsieur.....

Madame.....

**Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire**

**Autorise le Responsable de l'établissement scolaire ou l'enseignant :**

- à demander l'admission en établissement de soins
- à reprendre l'élève à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Date..... Signature du Père, de la Mère  
ou du Responsable légal

**FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT DE SOINS**