

Décharge en cas d'hospitalisation ou d'intervention urgente :

Nom de l'élève : Prénom..... Classe.....

Date de naissance :

Date du dernier rappel du vaccin DT POLIO :

Le responsable désigné ci-dessous :

Mr - Mme.....

Adresse.....

.....

n° Tél (dom).....

n° Tél (prof) Père..... n° Tél (prof) Mère.....

n° Tél Mobile père..... n°Tél Mobile mère.....

N° Sécurité Sociale de la personne dont l'élève est l'ayant droit.....

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

➤ Indique ci-dessous le nom et la qualité de la personne à joindre en cas d'urgence :

Nom..... Qualité.....
N° de téléphone.....

➤ Autorise les Collège et Lycée privés Sainte-Marie à procéder en cas d'urgence (accident, maladie) à l'évacuation de l'élève lors de sa présence dans l'établissement **ou** lors de sortie scolaire ou extra-scolaire organisée par les Collège et Lycée privés Ste-Marie vers le centre hospitalier le plus proche (si autre, préciser.....) durant l'année scolaire 2017/2018.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)

.....
.....
.....

Fait à, le.....

Signature :