Ecole primaire de Saint Martin sur le Pré
5 rue Clovis Jacquiert
51520 SAINT MARTIN SUR LE PRE
ce.0510622z@ac-reims.fr
03 26 70 44 12

Année scolaire **2019-2020**
ECOLE DE SAINT MARTIN SUR LE PRE

AUTORISATION DE SOINS

M…….soussigné(e), père, mère, tuteur, autre parent exerçant l'autorité parentale de l'enfant…….
N° de téléphone du domicile : ……
N° de téléphone de travail du père : ……
N° de portable du père : ……
N° de téléphone de travail de la mère : ……
N° de portable de la mère : …….

Donne l'autorisation aux services d'urgence appelés par l'école, de procéder, en cas de maladie ou d'accident :

1) au transport de mon enfant, seul*, vers l'hôpital le plus proche ☐
2) à l'hospitalisation de mon enfant si nécessaire ☐ (1)
3) aux premiers soins sur place ou à l'hôpital selon le cas ☐

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……

Observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières…)
……
……
……

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :
……
……
……

A ……le ……/……/…… Signature :

(1) Cocher les cases
*Les adultes de l'école ne sont pas autorisés à quitter leur poste.