

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

Année scolaire **2024-2025**
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 :

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

Ale/...../..... Signature :

(1) Cocher les cases

*Les adultes de l'école ne sont pas autorisés à quitter leur poste.