

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

Année scolaire **2021-2022**  
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.