

AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE A VOTRE ENFANT PAR LES PERSONNELS DU COLLEGE
Y COMPRIS A L'OCCASION DES SORTIES ET/OU SEJOURS

AUTORISATION du RESPONSABLE LEGAL de l'ELEVE EN CAS de MALADIE ou d'ACCIDENT

Je soussigné(e) : NOM et PRENOM _____

N° de SECURITE SOCIALE _____

AUTORISE le CHEF d'ETABLISSEMENT

- à faire transporter mon Enfant : NOM ET PRENOM : _____
au Centre de Soins le plus proche
- à lui faire donner tous les soins que nécessiterait son état (y compris anesthésie, intervention chirurgicale)

OUI - NON dans tous les cas, je serai prévenu(e) le plus rapidement possible.

MEDECIN TRAITANT NOM _____

ADRESSE _____

TELEPHONE ____/____/____/____/____

INDICATIONS PARTICULIERES RELATIVES A SA SANTE

MEDICAMENT(S) DECONSEILLE(S) _____

E.P.S. - L'Enfant est-il dispensé de Sport ? OUI - NON

Si OUI :

- un Certificat Médical à faire compléter par le médecin est à retirer auprès du CPE
- la **présence dans l'établissement aux heures d'EPS reste obligatoire.**

INDIVIDUELLE ACCIDENT OBLIGATOIRE pour les ACTIVITES EXTRA SCOLAIRES :

NE PAS FOURNIR D'ATTESTATION PERSONNELLE
elle est prise en charge par le Collège.

Lu et Approuvé, le ____/____/____

Signature du Responsable légal