

**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