AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (Nom, prénom, qualité)
_____

en cas d'accident de (Nom, prénom)
_____

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

- les enseignants responsables (Mme HADI, M. CHAUMARD, M. MERLIAC) à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.

Fait à _____ le _____

Qualité du (des) signataire (s) :

PARENTS	**TUTEUR**
Certifie détenir l'autorité parentale : ☐ **Conjointement** (mère et père, même en cas de séparation) ☐ **Seul(e)** (si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (copie du livret de famille ou décision de justice). **Signature de la mère** **Signature du père**	Signature du tuteur