



AUTORISATION ET DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e) : Mr et Mme Mme Mr Tuteur

Nom, prénom et adresse du ou des parents ou du représentant légal :

.....
.....

Responsable légal de :

Autorise le responsable de l'internat du Lycée MONGE

A prendre toutes les mesures nécessaires : à procéder et/ou à faire pratiquer par un médecin toute intervention chirurgicale sous anesthésie prescrite par le corps médical si tel en était le cas. Dans cette circonstance, j'en serai informé dans les plus brefs délais.

Observations particulières : Veuillez signaler ci-dessous les observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance des responsables (allergies, traitement médical en cours, précautions particulières à prendre...) :

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

Veuillez faciliter notre tâche en remplissant entièrement les points ci-dessous :

N° de téléphone du domicile :

N° de portable de la mère :

N° de portable du père :

N° du travail si tel en est le cas :

Père : Mère :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

N° de sécurité sociale sous lequel l'enfant est pris en charge :

N° et nom de votre mutuelle complémentaire sous lequel l'enfant est assuré :

.....

Fait à.....

Le.....

Signature des ou du représentant(s) légal (aux) :