

## A rendre le jour de l'inscription au secrétariat

### RENSEIGNEMENTS

#### Autorisation d'intervention médicale

Je soussigné(e).....

classe .....

autorise       n'autorise pas \*

Les responsables du Groupe OZANAM-EPIL-CAMPUS à faire dispenser les soins nécessaires à mon état de santé, me faire examiner par un médecin ou à m'hospitaliser en cas d'urgence et éventuellement pour une intervention chirurgicale urgente. L'établissement préviendra le plus rapidement possible mes parents.

Contre indications médicales : .....

\* dans ce cas, veuillez nous indiquer les dispositions que vous souhaiteriez que l'établissement prenne : .....

Problème(s) de santé ou d'allergie(s) à signaler et procédure à suivre par l'établissement : .....

A ....., le ..... Signature (1)

(1) Signature du représentant légal pour les mineurs

#### Personne à prévenir en cas d'accident ou de maladie

Nom de la personne : ..... Tél. : .....

Nom d'une autre personne : ..... Tél. : .....

Nom du médecin de la famille : ..... Tél. : .....

Établissement où l'étudiant(e) doit être transporté(e).....

Groupe sanguin.....Date du dernier vaccin antitétanique.....