

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Autorisation d'intervention médicale

Je soussigné(e).....

Inscrit(e) en classe de classe BTS 1^{ère} année :

CRSA EEC ELT MS MSE SNEC SNIR

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 prévendra 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.....