

*Autorisation d'intervention
chirurgicale*

Medical release form

Nom de l'élève :
Student Name : _____

Je, soussigné(e)
père, mère, tuteur légal⁽¹⁾, de l'élève

.....
en classe de de l'établissement

.....
demeurant à

.....
N° de téléphone personnel

professionnel

E-mail

autorise l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation ou une intervention chirurgicale urgente.

Je souhaiterais, dans la mesure du possible,

1°) Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique⁽²⁾
adresse

téléphone

2°) Que l'on fasse appel au chirurgien :

Dr.

Adresse

Téléphone

À le/...../.....

Signature des parents

Allergies graves

⁽¹⁾ Rayer les mentions inutiles

⁽²⁾ L'hôpital ou la clinique doivent être situés dans une ville proche

I, the undersigned
father, mother, legal guardian⁽¹⁾, of student

.....
grade

School

.....
residing at

.....
Téléphone N° home

work

E-mail

authorise the school administration to take, if the situation demands, all measures necessary, including hospitalisation or emergency surgery.

I request, circumstances permitting,

1°) That my child be admitted to the following hospital or clinic⁽²⁾
address

téléphone

2°) To consult with my surgeon :

Dr.

Address

Téléphone

At on/...../.....

Parents' signature

Serious allergies to

⁽¹⁾ Delete non-applicable

⁽²⁾ Hospital or clinic must be situated in the town or nearby area.

A) Au cas où l'on ne pourrait pas vous joindre par téléphone, veuillez nous donner deux autres contacts :

Nom Tél

Nom Tél

B) En cas de besoin, correspondant à prévenir :

Nom Tél

Adresse

A) We request two other telephone numbers in the event of failure to contact you personally:

Name Tel

Name Tel

B) In case of need, contact the following :

Name Tel

Address

Groupe scolaire Saint-Denis, secrétariat du Cours de Vacances.

Tél. : 02 47 59 04 26 - B.P. 146 37601 LOCHES Cedex - Fax : 02 47 94 04 50

<http://www.saint-denis.net>

E-mail : fremmerie@saint-denis.net