

**AUTORISATION D'URGENCE
ANNEE SCOLAIRE 2014/2015**

JE SOUSSIGNE (E)

Nom et prénom du tuteur légal : _____

Adresse complète : _____

Tél. : domicile : _____

Tél. travail : _____

Portable : _____

AUTORISE le directeur ou le personnel du Conservatoire à Rayonnement Intercommunal de la Communauté de Communes du Thouarsais à prendre toute décision nécessaire concernant mon enfant

Nom et prénom de l'enfant : _____

en cas d'urgence relevant d'une hospitalisation ou intervention chirurgicale.

Autre personne à joindre (nom, prénom, adresse et n° tél.) :

INFORMATIONS MEDICALES

Nom et prénom de votre médecin traitant : _____

Adresse : _____

N° tél. : _____

ALLERGIES : _____

TRAITEMENTS EN COURS : _____

AUTRES REMARQUES : _____

A _____ le _____

Le tuteur légal,
Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »