

Nom : .....Prénom : .....Classe : .....

Numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence : .... / .... / .... / .... / ....

**Autorisation d'intervention médicale ou chirurgicale :**

Nom du médecin de famille : .....

Tél : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Dernières dates de vaccinations : BCG : .....

DT Polio : .....

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame ..... parents de ..... autorise le chef d'établissement, ou en son absence, l'enseignant ayant délégation, les personnes de la vie scolaire, à prendre, en cas d'urgence, toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant. Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité de me joindre ou de joindre mon conjoint, soit d'obtenir, l'avis du médecin de famille.

Fait à ..... le ..... Signature :

**Autorisation de droit d'image / Mineur :**

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant .....

à être photographié(e) et/ou filmé(e). J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies

ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions du Collège La Salle Saint-Martin.

Fait à : ..... le : .....

Signature,

