



ÉTABLISSEMENT CATHOLIQUE SOUS CONTRAT
TECHNOLOGIQUE SECONDAIRE ET SUPÉRIEUR

AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE Année Scolaire 2022-2023

NOM et Prénom de l'élève : Classe :

Coordonnées des responsables :

Responsable 1 :

- NOM Prénom :

- Adresse :

- N° portable :

- Lien :

- Lieu de travail :

- Téléphone lieu de travail :

Responsable 2 :

- NOM Prénom :

- Adresse :

- N° portable :

- Lien :

- Lieu de travail :

- Téléphone lieu de travail :

J'autorise les responsables de l'ICOF à faire donner tous les soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon fils(fille) en cas de nécessité constatée par un médecin.

Particularités médicales (intolérances, allergie, etc.) :

.....
.....
.....
.....
.....

Date de la dernière vaccination antitétanique :

À, le

Signature du responsable :