



**AUTORISATION D'URGENCE  
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

**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 »