DEPARTEMENT DE LA MARNE

COMMUNE DE PLIVOT

ARRONDISSEMENT D'EPERNAY
REPUBLIQUE FRANCAISE
Liberté-Egalité-Fraternité

Tél.03.26.57.68.00
Fax 03.26.59.48.67

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'HOSPITALISATION URGENTE

Je soussigné (e) : _____ *demeurant à* _____
N° *Rue* _____

Agissant en qualité de : père, mère, tuteur, tutrice (*) de l'enfant _____
Né(e) le _____ *à* _____

Déclare autoriser la personne responsable de la restauration scolaire à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.

Je souhaite que mon enfant soit hospitalisé dans la mesure du possible de préférence Nom et adresse de l'établissement : _____

Date et signature des parents,

*** Rayer la mention inutile**

COMMUNE DE PLIVOT
ARRONDISSEMENT D'EPERNAY
REPUBLIQUE FRANCAISE
Liberté-Egalité-Fraternité

Tél.03.26.57.68.00
Fax 03.26.59.48.67

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'HOSPITALISATION URGENTE

Je soussigné (e) : _____ *demeurant à* _____
N° *Rue* _____

Agissant en qualité de : père, mère, tuteur, tutrice (*) de l'enfant _____
Né(e) le _____ *à* _____

Déclare autoriser la personne responsable de la restauration scolaire à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.

Je souhaite que mon enfant soit hospitalisé dans la mesure du possible de préférence Nom et adresse de l'établissement : _____

Date et signature des parents,

***Rayer la mention inutile**