

## COMMUNE DE PLIVOT

DÉPARTEMENT DE LA MARNE  
ARRONDISSEMENT D'EPERNAY  
REPUBLIQUE FRANCAISE  
Liberté-Egalité-Fraternité

Tél périscolaire : 07.43.01.25.68  
Tél mairie : 03.26.57.68.00  
mail : mairiedeplivot@wanadoo.fr

---

### 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

DÉPARTEMENT DE LA MARNE  
ARRONDISSEMENT D'EPERNAY  
REPUBLIQUE FRANCAISE  
Liberté-Egalité-Fraternité

Tél périscolaire : 07.43.01.25.68  
Tél mairie : 03.26.57.68.00  
mail : mairiedeplivot@wanadoo.fr

---

### 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