

AUTORISATION d'INTERVENTION MEDICALE

Je (nous), soussigné (ons) :

.....

Tuteur(s) légal de l'élève : Nom(s) et prénom (s) civile :

.....

Demeurant à :

.....

Code Postal : Ville : Tél. :

☐

Donne plein pouvoir, en cas d'urgence, au Directeur ou au responsable de la santé scolaire de l'établissement YECHIVA TOMHEI TMIMIM, pour prendre toutes mesures nécessaires pour une intervention médicale ou chirurgicale concernant mon enfant.

Mon numéro de sécurité sociale est le :

.....

☐

Ne donne aucun pouvoir, en cas d'urgence, et décharge totalement la YECHIVA TOMHEI TMIMIM de toute responsabilité. Je (nous) demande (ons) à être prévenu immédiatement à l'un des numéros suivants :

.....

.....

.....

Vaccinations à jour :

Oui ☐

Non ☐

Fait à

Le

Signature du père

Signature de la mère

(Merci de joindre une copie de la CNI du tuteur.)