

AUTORISATION MEDICALE ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

A REMPLIR AVEC ATTENTION – CE DOCUMENT EST REMIS AU SERVICE
HOSPITALIER EN CAS D'HOSPITALISATION DE VOTRE APPRENANT

Je soussigné, (*Nom – Prénom*), père - mère - tuteur légal⁽¹⁾,

Adresse complète :

☎ Domicile : ☎ portable :

☎ Travail :

NOM – PRENOM de l'APPRENANT :

Né(e) le : ... / ... / Interne DP Externe

Scolarisé(e) au **LEAP STE-CECILE - 12, rue St-Laurent - 41800 MONTOIRE-SUR-LE-LOIR** ☎ 02.54.85.01.83

En classe de 4^{ème} de l'EA 3^{ème} de l'EA CAPa 1 CAPa 2 2^{de} SAPAT 1^{ère} Bac Pro Term Bac Pro

NOM du MEDECIN DE FAMILLE : ☎ :

Autorise l'administration du **L.E.A.P STE-CECILE**, à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation⁽²⁾.

Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la Clinique :

Adresse : ☎ :

IMPORTANT :

☞ En cas de besoin, correspondants à prévenir : (*merci d'écrire lisiblement*)

Nom – prénom : ☎ :

Nom – prénom : ☎ :

Nom – prénom : ☎ :

☞ **ASSURANCE MALADIE REGIME GENERAL :**

N° d'immatriculation Sécurité Sociale du responsable légal :

CPAM (Sécurité Sociale)

Mutualité Sociale Agricole

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) autres à préciser :

☞ **ASSURANCE COMPLEMENTAIRE CHIRURGICALE :**

Nom de la caisse ou de la Mutuelle :

RAPPEL, photocopies obligatoires :

- de l'attestation d'assuré social

- de la carte vitale

- de l'attestation de la mutuelle complémentaire

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

(2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattaché.