

**A REMETTRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE  
AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE**

**Joindre OBLIGATOIREMENT l'attestation d'assurance scolaire avec l'individuelle accident**

Je soussigné (e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
demeurant (adresse complète) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de Père - Mère - Tuteur ou Responsable (1) de l'enfant

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ né (e) le \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_

Votre organisme d'Assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale du chef de famille : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . clé \_\_\_\_

Votre organisme de Mutuelle : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS PRATIQUEES :**

- \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

- Rubéole : OUI - NON - Scarlatine : OUI - NON - Varicelle : OUI - NON  
- Coqueluche : OUI - NON - Rougeole : OUI - NON - Oreillons : OUI - NON

L'enfant suit-il un traitement permanent ? OUI - NON si OUI lequel ? : \_\_\_\_\_  
(Dans tous les cas, joindre l'ordonnance).

L'enfant est-t-il :

- Asthmatique - Diabétique - Allergique :

Recommandations des Parents : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Où peut-on joindre les responsables de l'enfant ? N° téléphone du domicile : \_\_\_\_\_

N° téléphone du travail du père : \_\_\_\_\_ N° téléphone du travail de la mère : \_\_\_\_\_

N° portable du père : \_\_\_\_\_ N° portable de la mère : \_\_\_\_\_

Eventuellement, un numéro de téléphone d'une personne susceptible de prendre en charge votre enfant (grands-parents, tante, etc.) Téléphone : \_\_\_\_\_.

**Les responsables de l'enfant déclarent :**

- autoriser la Direction de l'Ecole de Provence, si elle n'arrive pas à m'atteindre, à prendre, en cas de nécessité, toutes mesures d'urgence (intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) ;

- avoir pris connaissance qu'en cas d'intervention, les frais sont à la charge des familles.

Lu et approuvé, à Marseille, le \_\_\_\_\_ Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles