



## AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Joindre **OBLIGATOIREMENT** l'attestation d'assurance scolaire « 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.

*Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.*

*Elles sont susceptibles d'être transmises :*

- *au service médical de l'établissement,*
- *aux services médicaux d'urgence,*
- *en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,*
- *et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)*

*Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.*

*Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.*

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

Signature des parents :

**A REMETTRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE**

(1) Rayer les mentions inutiles