

Département de la Haute-Savoie
Mairie d'ONNION
74490
Tel : 04 50 35 70 43
Fax : 04 50 35 79 60
mairiedonnion@free.fr

Autorisation Médicale

(A retourner avec la 1^{ère} inscription de l'année en cours)

Je soussigné(e).....père, mère ou tuteur

De l'élève.....né(e) le.....

Adresse :.....

AUTORISE les responsables de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence.

Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital ou à la clinique de.....

Je souhaite être averti(e) aux numéros suivants :

Domicile :

Travail du père :.....

Travail de la mère :.....

Portable du père :.....

Portable de la mère :.....

N° d'un tiers pouvant intervenir rapidement :

Si votre enfant est allergique (médicaments ou autres) merci de nous le préciser.

**Date et signature obligatoire,
Précédées de la mention « bon pour autorisation médicale »**

Département de la Haute-Savoie
Mairie d'ONNION
74490
Tel : 04 50 35 70 43
Fax : 04 50 35 79 60
mairiedonnion@free.fr

Autorisation Médicale

(A retourner avec la 1^{ère} inscription de l'année en cours)

Je soussigné(e).....père, mère ou tuteur

De l'élève.....né(e) le.....

Adresse :.....

AUTORISE les responsables de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence.

Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital ou à la clinique de.....

Je souhaite être averti(e) aux numéros suivants :

Domicile :

Travail du père :.....

Travail de la mère :.....

Portable du père :.....

Portable de la mère :.....

N° d'un tiers pouvant intervenir rapidement :

Si votre enfant est allergique (médicaments ou autres) merci de nous le préciser.

**Date et signature obligatoire,
Précédées de la mention « bon pour autorisation médicale »**