

PRISE en CHARGE ET HOSPITALISATION en cas d'URGENCE

Etudiant mineur :

J'accepte : *

Je refuse : *

(* faire une croix au choix correspondant)

Que mon enfant, en cas d'accident survenu dans le cadre de sa scolarité, soit pris en charge par les services publics d'intervention (Pompiers, SAMU, Hôpital) et conduit à l'hôpital le plus proche.

• Nom, Prénom de l'étudiant :.....

• N° étudiant :.....

• Nom, Prénom, Adresse du représentant légal , n° Téléphone:

.....
.....
.....

Ce document doit être remis au secrétariat **avant le début des cours.**

A....., le.....2017 Signature :.....