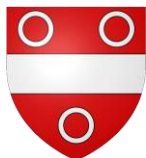


MAIRIE DE DORTAN



01590

☎: 04/74/77/71/26

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE

Je soussigné(e) Nom et Prénom.....

Demeurant.....

Agissant en qualité de parent, tuteur (1)

De l'enfant (nom et prénom).....Né(e) le.....

➤ **Déclare :**

1°) Autoriser le personnel responsable de la cantine scolaire, de l'étude, de la garderie périscolaire, et des Temps d'Activités Périscolaires à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident et lorsque la personne à prévenir en cas d'urgence ne peut être contactée dans les délais nécessaires,

- la décision d'hospitaliser mon enfant,
- et, éventuellement, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale.

2°) Avoir pris connaissance des dispositions suivantes :

En cas de maladie les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles. Ces frais sont remboursés par la Sécurité Sociale.

➤ **Donne les informations suivantes :**

Nom et téléphone du médecin traitant :.....

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical prolongé ?

OUI **NON** (2)

Si oui lequel ?.....

.....

Votre enfant est-il sujet à une allergie ?

OUI **NON** (2)

Si oui préciser la nature de cette allergie :.....

.....

Signature(s) du ou des représentants légaux de l'enfant et coordonnées téléphoniques

Nom et Prénom du PARENT 1 :

Signature:

Fixe :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Adresse courriel :

.....

Nom et Prénom du PARENT 2 :

Signature :

Fixe :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Adresse courriel :

.....

Autre personne en cas d'impossibilité de joindre l'une des personnes signataires :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Fixe :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Adresse courriel :

.....

Fait à..... Le.....

Je m'engage à fournir au secrétariat de Mairie toute information qui serait modifiée en cours d'année.
Dans le cas contraire, la Mairie est déchargée de toute responsabilité.

Signature :

(1) : *Rayer les mentions inutiles*

(2) : *Cocher la case correspondante*

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par la Mairie de DORTAN. Ces données sont exclusivement destinées aux services internes et ne sont pas conservées au-delà des délais réglementaires en vigueur.

Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'opposition, de retrait de votre consentement et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant à la Mairie de DORTAN par courrier ou par courriel à finances@mairie-dortan.fr et ce, en justifiant de votre identité.

Pour plus d'informations sur la gestion de vos données, notre Politique de Confidentialité est disponible sur simple demande