



**11, rue du Dr Pous
66000 PERPIGNAN
Tél: 04.68.51.14.78
Fax:04.68.34.63.90
Email : ecole.rivegauche@orange.fr**

Sécurité des élèves

Nom des Parents :

Adresse :

N° de téléphone permettant de les prévenir :

Nom et prénom de l'élève :

Déclaration des Parents

En cas d'accident ou de malaise grave survenant à mon enfant :

Je désire que soit appelé le Docteur :

Nom :Prénom..... Tel :

Adresse :

.....

En l'absence de ce Docteur, j'autorise le personnel enseignant à faire appel à un autre Docteur.

En cas d'urgence, si on ne peut me joindre par téléphone, ou si le temps presse, j'autorise le personnel enseignant à prendre à ma place les décisions nécessaires (exemple : transport en clinique).

En cas d'impossibilité d'obtenir un tel transport par ambulance, je dégage entièrement la responsabilité du personnel enseignant qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

A moins de demande expresse de modifications de ma part, ces déclarations sont valables pour toute la scolarité de mon enfant dans cet établissement.

Fait à _____, le _____

Signature des parents

Particularités médicales à signaler :