

A rendre le jour de la rentrée au professeur principal

RENSEIGNEMENTS

Autorisation d'intervention médicale

Je soussigné(e).....agissant en tant que (rayer les mentions inutiles) : père - mère – tuteur légal

de Nom de l'élèvePrénom.....classe

autorise n'autorise pas *

Les responsables du Groupe OZANAM-EPIL à faire dispenser les soins nécessaires à son état de santé, le (la) faire examiner par un médecin ou à l'hospitaliser et éventuellement pour une intervention chirurgicale urgente. Le lycée prévendra le plus rapidement les parents.

Contre indications médicales :
.....

En cas d'allergie alimentaire ou autre, le secrétariat du lycée tient à votre disposition un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

A, le Signature

* dans ce cas, veuillez nous indiquer les dispositions que vous souhaiteriez que l'établissement prenne :
.....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Nom de la personne : Tél. :

Nom d'une autre personne : Tél. :

Nom du médecin de la famille : Tél. :

Établissement hospitalier où l'enfant peut être transporté.....

Groupe sanguin..... Date dernier vaccin antitétanique.....

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Nom : Prénom :
scolarisé(e) en classe de

autorise n'autorise pas
le Groupe OZANAM-EPIL-CAMPUS

- à réaliser des prises de vues de moi-même lors de cours, travaux pratiques ou manifestations diverses organisées par l'établissement,
- à reproduire mon image sur support papier et à la conserver en archive pendant une durée illimitée uniquement dans un but pédagogique et/ou d'information,
- à diffuser mon image sur le site web de l'établissement.

Fait à, le

Signature (1)
précédée de la mention
"Bon pour accord"

SECOURISTE

Je soussigné(e) Nom : Prénom :
scolarisé(e) en classe de.....

Etre en possession du Brevet de Secouriste ou Sauveteurs Secouristes du Travail (STT)

Dispensé par :

En date du :

Fait à, le Signature (1)

(1) du représentant légal pour les mineur(e)s