



*La Commune
de St Julien Chapeuil*

Autorisation parentale d'intervention médicale ou chirurgicale pour l'année scolaire

Je, soussigné (Nom, prénom), père ou mère ou tuteur légal, Autorise, les agents du service de restauration scolaire, à procéder au transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant :

(Nom, prénom)

Fait à, le

Signature (OBLIGATOIRE)

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »