

**Autorisation de soins médicaux (à remplir par les parents)**

Je soussigné(e) : (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)			
Adresse :			
Tél. privé :		Tél. portable :	
Tél. bureau :		Autre assurance et numéro d'affiliation : p.ex. Europe Assistance,...	
Caisse de maladie :			

Autorise les responsables du LCE et de l'UCPA à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur.

Nom et prénom de l'élève :		Matricule :	
Sexe :		Date de naissance :	
Lieu de naissance :		Numéro caisse médicochirurgicale :	

Je m'engage à rembourser au LCE ou à l'UCPA l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés éventuellement pour mon compte.

Fait à ..... le .....

Signature (obligatoire, précédée de la mention «lu et approuvé»)

**Cas d'urgence (à remplir par les parents)**

La personne à contacter en mon absence est:

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tél. privé :		Tél. portable :	
Autre numéro :			