

**NOM - Prénom de l'apprenant :** .....

Date de naissance : ..... Formation : .....

**Représentants légaux :**

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

**PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (dans l'ordre de priorité)**

NOM PRENOM	Parenté	Téléphone personnel	Téléphone travail	Poste

**AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ELEVE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT**

En cas d'urgence et sauf indications différentes de votre part, l'élève sera conduit par les services de secours (pompiers ou SAMU) sur l'Hôpital de Périgueux où toutes mesures (médicales et/ou chirurgicales) utiles d'urgence seront prises par l'Administration de l'établissement hospitalier.  
Un élève mineur ne peut sortir de l'Hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Nom, adresse, téléphone du médecin traitant :** .....

Si vous souhaitez nous donner d'autres indications (précautions particulières, groupe sanguin, affections, allergies etc...), si votre enfant suit un traitement régulier ou s'il possède des médicaments sur lui, veuillez les indiquer ci-dessous et vous adresser, dès la rentrée, à l'infirmière de l'établissement (attention, l'infirmière ne peut administrer de médicaments sans ordonnance) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature des responsables légaux (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :