



AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné.e :

(NOM et Prénom de la Mère)

.....
(NOM et Prénom du Père ou représentant légal)

autorise

n'autorise pas

L'administration de La Prépa des INP de Bordeaux à prendre, en cas d'urgence, toutes dispositions utiles et nécessaires en cas d'accident ou de problèmes de santé survenus à ma fille / mon fils :

NOM et prénom :

Né.e le : à

N° Sécurité Sociale :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

Tél. :

Fait à :

Le :

Signature de la Mère

Signature du Père

ou Signature du représentant légal