

DECHARGE MEDICALE

Je, soussigné,
(nom du responsable légal)

demeurant à :

code postal : ville :

N° de téléphone : Personnel : Travail :

.....

autorise l'équipe d'encadrement du voyage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, et donne mon autorisation pour faire hospitaliser ou opérer si nécessaire

l'élève : (nom/prénom)

né(e) le (date et lieu)

lors de son séjour en Italie qui aura lieu du 5 au 10 mars 2017.

Cette autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'extrême urgence et les responsables du voyage mettront bien évidemment tout en œuvre pour contacter en priorité la famille de l'élève.

Informations sur d'éventuels éléments de santé (asthme, allergies, notamment alimentaires – précisez laquelle – , autres...) ou médicaments à prendre durant le séjour :

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

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

AUTRES INFORMATIONS

Merci de signaler ici si votre enfant suit un régime alimentaire particulier (végétarien, sans porc...) :

.....