



REPUBLIQUE FRANCAISE

-----  
Département de Seine-et-Marne  
Arrondissement de Fontainebleau  
-----

**Service Affaires Scolaires**

## AUTORISATION DE SOINS

Année scolaire 2018-2019

Je soussigné(e) .....

père – mère – tuteur (rayer les mentions inutiles),

de l'enfant.....

né(e) le .....

autorise, en cas de maladie ou d'accident, toute intervention médicale ou chirurgicale  
nécessitée par son état de santé.

Fait à ..... Le .....

Signature,

---