



REPUBLIQUE FRANCAISE

Département de Seine-et-Marne
Arrondissement de Fontainebleau

Service Affaires Scolaires

AUTORISATION DE SOINS

Année scolaire 2017-2018

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,
