

## DECHARGE MEDICALE

/

### DÉCHARGE MÉDICALE – ELEVE

*À remplir pour tous les demandeurs*

Civilité : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_ , responsable légal

de l'enfant :

autorise

n'autorise pas

l'EMILA ou la personne désignée à prendre toutes les mesures qui s'imposent, y compris l'hospitalisation si nécessaire

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Nom de la personne à prévenir :

Coordonnées de la personne à prévenir :

Si vous estimez important de nous informer d'un problème de santé, vous pouvez le préciser :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant (Élève majeur ou responsable légal 1)