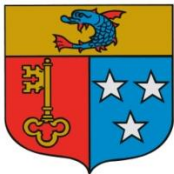


MAIRIE
DE
SATOLAS ET BONCE



FICHE D'URGENCE

169 allée des Platanes
38290 Satolas et Bonce

Tél : 04 74 90 22 97
Fax : 04 74 90 35 48

mairie@satolasetbonce.fr
www.satolasetbonce.fr

Nom de l'enfant :

Prénom :

Classe :

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur _____ autorise la Mairie de Satolas et Bonce à prendre toutes les dispositions jugées nécessaires pour la santé de mon enfant, y compris le faire transporter à l'hôpital le plus proche ou le plus adapté à son état.

La famille est immédiatement avertie de nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'en étant accompagné de sa famille.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

A Satolas et Bonce, le...../...../.....

Signature :

Personnes à joindre

Lien de parenté	Noms, prénoms	Tel domicile	Tel travail	Tel portable