



ANNEE UNIVERSITAIRE
2018 - 2019

AUTORISATION DE SOINS POUR ETUDIANT MINEUR

Je soussigné(e) :

(NOM et Prénom de la Mère)

.....
(NOM et Prénom du Père ou représentant légal)

autorise

n'autorise pas

L'administration de l'Institut National de Polytechnique de Toulouse à prendre, en cas d'urgence, toutes dispositions utiles et nécessaires en cas d'accident ou de problèmes de santé survenus à ma fille / mon fils :

.....
(NOM et Prénom)

né(e) le : A

n° Sécurité Sociale :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

tel :

Fait à :

Le :

Signature de la Mère

Signature du Père

Ou Signature du représentant légal