



AUTORISATION DE SOINS POUR ÉTUDIANT MINEUR

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018

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 : À

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