

## 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

