



ANNEE UNIVERSITAIRE
2022/2023

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 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 _____

Numéro Sécurité Sociale : __ / __ / __ / __ / ____ / __ / __

Personnes à joindre en cas d'urgence : _____

Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Fait à : _____

Le : __ / __ / ____

Signature de la Mère

Signature du Père

Ou signature du représentant légal