

AUTORISATION PARENTALE* (concerne les étudiants mineurs)

Nom de l'établissement : UCO La Réunion – 46 bd Notre Dame de la Trinité – 97400 Saint Denis
Année universitaire : 2018 - 2019

Nom : Prénom : Date de naissance :

Faculté : SHS Education

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

N° de sécurité sociale et adresse du centre de l'étudiant :

.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : Portable :

2. N° du travail du père : Poste :

3. N° du travail de la mère : Poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et lien de parenté :

.....

En cas d'urgence, un étudiant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers la structure la mieux adaptée. La famille sera avertie par nos soins. Un étudiant mineur ne peut en sortir qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons
l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime
d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À le / / 2018 Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement
(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, ...)

.....
.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année universitaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention Dr SOUBAYA en charge de la médecine préventive (Tél : 02.62.67.19.00).