

## AUTORISATION DE SOINS ANNEE SCOLAIRE 2023 / 2024

Elève en classe de.....  
Nom :.....  
Prénom :.....  
Date de naissance :.....  
**Nom du responsable légal** :.....

Je soussigné(e), le responsable légal ou l'élève majeur désigné ci-dessus :

- autorise l'administration du lycée à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin et le cas échéant, à prendre toutes mesures utiles pour une hospitalisation,
- j'accepte que mon enfant soit véhiculé par un service ambulance VSL (véhicule sanitaire léger) ; ceci sous-entend que l'élève ne sera pas accompagné par un personnel du lycée,
- je m'engage à régler moi-même les honoraires et les frais engagés.

Par souci d'efficacité les élèves seront, EN CAS D'URGENCE, transportés dans la majorité des cas aux urgences de la clinique du Parc de Castelnaud le Lez par les services habilités : SAMU, pompiers ou ambulance.

A la sortie des urgences, le transport et l'accompagnement ne peuvent être assurés par l'établissement. Ce sont les parents ou leurs représentants désignés qui se chargeront de réceptionner l'élève.

**Signature des parents ou de l'élève majeur**  
**Précédée de la mention « lu et approuvé »**