



Autorisation d'hospitalisation

Nom et prénom de l'élève:

Je soussigné (e) responsable légal :

Monsieur :

Madame :

Autorise l'administration de l'Institution Saint Louis et / ou la famille d'accueil à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation.

Je signale que mon enfant est allergique à / ou souffre de :

Joindre la photocopie du carnet de vaccination.

Date

Noms et prénoms

des représentants légaux

(Cela vaut pour signatures)

Nom et prénom de l'élève

(Cela vaut pour signature)