



STANISLAS
22 rue ND des Champs
75279 Paris cedex 06

STAGE PRÉ-RENTRÉE 2025 AUTORISATION MEDICALE

M. et/ ou Mme.....,

Représentant(s) légal de l'élève :

NOM : **Prénom** :

Date de naissance :

Autorise(nt) le Directeur de Stanislas à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence (accident ou maladie), pour la santé de mon/notre enfant.

Date du **dernier rappel de vaccin antitétanique** :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Adresse des Parents pendant la semaine de stage :

Tél : Mail :

Nom, adresse du médecin traitant :
..... Tél :

Remarques complémentaires :
.....
.....
.....

Rappel : En cas de problème de santé ou d'allergie, un PAI doit être établi obligatoirement (protocole et traitement à fournir par la famille à l'infirmerie. Pour plus d'informations : infirmerie.jour@stanislas.fr).

En particulier, je/nous lui donne(ons) le pouvoir d'autoriser une anesthésie en cas d'intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signature des Parents :

Note explicative : Il va de soi que nous nous faisons une obligation d'avertir les parents ou les correspondants, dès qu'un élève a un problème de santé, mais les médecins n'acceptent pas une autorisation téléphonique d'anesthésie en cas d'urgence et vous pouvez être absents de chez vous ou non joignable. C'est la raison de cette autorisation médicale écrite.