

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION EN CAS D'URGENCE**

*Je soussigné(e)*

*Madame* .....

*Monsieur* .....

*parents (tuteur) de l'élève :*

*Nom :* .....

*Prénom :* .....

*Classe :* .....

*Etablissement :* .....

*tél. domicile :* .....

*tél. lieu de travail :* .....

*tél. portable :* .....

*nom du médecin traitant :*

.....

*et n° de tél :* .....

*autorise les responsables français et allemands de l'échange ainsi que la famille accueillant mon enfant à prendre en mon nom toute décision qu'ils jugeront utile en cas de maladie ou d'accident; j'en serai informé dans les plus brefs délais.*

*SIGNATURE DES PARENTS OU DU TUTEUR:*

**INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT**

*Traitements médicaux :*

*Contre-indications :*

*Groupe sanguin :*

*Allergies :*

*Régime alimentaire :*

*Autres informations utiles :*

*Ces informations demeureront confidentielles. Seuls en auront connaissance les responsables et la famille d'accueil.*