



Lycée Claude Nicolas Ledoux
EBTP • créer & construire

Lycée Privé d'Enseignement Général et Technologique

RECONNU ET SOUS CONTRAT D'ASSOCIATION AVEC L'ETAT
Etablissement labellisé par le Ministère de l'Education Nationale
" Lycée des Métiers de la Construction et de son Environnement "

18 rue de BELFORT - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - Fax. 01 43 98 96 87 - www.ebtp.info

BTS - DN MADe
A U T O R I S A T I O N I N D I V I D U E L L E
D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

L'Étudiant

Nom: _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance** _____

Sécurité Sociale Étudiant N° _____ **Centre de** _____

Adresse _____

Autre couverture Sociale N° _____ **Centre de** _____

Adresse _____

Pour étudiant mineur ou dispensé.

A U T O R I S E :

Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie - réanimation que nécessiterait mon état de santé.

Si mon état ne justifie pas le transfert par le SAMU ou les pompiers, j'autorise mon transfert à mes frais par une ambulance.*

FAIT à _____ **Le** _____ **2018**

Signature précédée de la mention " lu et approuvé "

** Ces frais ouvrent droit à remboursement par la sécurité sociale dès lors qu'un médecin a reconnu la nécessité du transfert avant le départ du lieu de l'accident ou à l'arrivée à l'hôpital.*

Personne pouvant être appelée rapidement en cas d'accident :

Nom _____

N° téléphone personnel _____

N° téléphone professionnel : _____ **Portable :** _____



Lycée Claude Nicolas Ledoux
EBTP • créer & construire

Lycée Privé d'Enseignement Général et Technologique

RECONNU ET SOUS CONTRAT D'ASSOCIATION AVEC L'ETAT
Etablissement labellisé par le Ministère de l'Education Nationale
" Lycée des Métiers de la Construction et de son Environnement "

18 rue de BELFORT - 94307 VINCENNES CEDEX
Tel. 01 48 08 11 21 - Fax. 01 43 98 96 87 - www.ebtp.info

AUTORISATION DE SORTIE TECHNICIEN SUPERIEUR - DN MADe

Je soussigné, Madame ou / et Monsieur _____

En qualité de Parent Tuteur

Autorise : mon : FILS, ma FILLE

NOM : _____

PRENOM : _____

CLASSE : _____

EXTERNE INTERNE DEMI-PENSIONNAIRE

- A sortir en dehors des heures de cours.
- A rejoindre son domicile en cas d'absence d'un Professeur en fin de journée.
- A sortir pour démarches administratives (CROUS -PREFECTURE - ENTRETIEN EMPLOYEUR STAGE ...)

JE DEGAGE L'ECOLE DE TOUTES RESPONSABILITES EN CAS D'ACCIDENT.

AUTORISATION VALABLE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019.

Fait à : _____

Le : _____

SIGNATURE DE L'ETUDIANT

NOM & SIGNATURE DES PARENTS