



**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 "

30 - 32 rue de la PAIX - 94307 VINCENNES CEDEX  
Tel. 01 48 08 11 21 - 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** \_\_\_\_\_ **2019**

*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 "

30 - 32 rue de la PAIX - 94307 VINCENNES CEDEX  
Tel. 01 48 08 11 21 - 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 2019/2020.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE L'ETUDIANT**

**NOM & SIGNATURE DES PARENTS**