

**AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET
D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

NOM-PRENOM DE L'ELEVE :

CLASSE :

Je soussigné (e)
(père – mère – tuteur) autorise le maître de stage à faire procéder sur
mon fils – ma fille, pendant la durée du stage pratique, toute intervention
médicale et chirurgicale qui serait rendue nécessaire et indispensable
par son état de santé.

Lu et approuvé,

Signature des parents :