

**AUTORISATION D'AGIR EN CAS  
D'URGENCE**

Fiche à retourner à l'école dûment renseignée et signée  
**obligatoirement le jour de la rentrée au plus tard.**

Je soussigné(e) (NOM, Prénom, Adresse),.....

..... Tél : .....

**autorise le Directeur de l'INSTITUT SAINT-CHRISTOPHE 32140 MASSEUBE, ou  
une autre personne déléguée, à faire donner les soins nécessaires en cas de maladie ou  
d'accident, dans l'établissement ou lors des activités organisées en dehors de  
l'établissement,**

*à l'élève :*

..... *né(e) le* .....

**et ceci sous les directives d'un médecin.**

Fait à ..... le .....

Signature du Responsable Légal de l'élève,

**↳ Tournez S.V.P. .../...**

**COLLEGE - LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET TECHNOLOGIQUE AGRICOLE  
INSTITUT DE TECHNICIENS SUPERIEURS - FORMATIONS ADULTES**

32140 MASSEUBE - Tél. : 05 62 66 98 20 - Fax : 05 62 66 15 96 - E mail :st-christophe@wanadoo.fr  
<http://www.institut-st-christophe.com> - Code APE 802C - N° SIRET 479 018 996 000 13

ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT

