

En cas d'urgence

Etudiant(e) :

Nom : Nom marital :

Prénom :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : N° Téléphone :

Adresse complète :

.....

Cocher votre choix :

J'autorise

Je n'autorise pas

L'institut en Soins Infirmiers de Clermont-Ferrand, à prendre toutes les mesures médicales urgentes et conservatoires rendues nécessaires par l'état de santé de l'étudiant(e) nommé(e) ci-dessus (appel des secours publics et/ou privés, gestes de premiers secours,...)

Fait à : Le :

**Signature du représentant légal
pour les étudiants mineurs**

Signature de l'étudiant