

En cas d'urgence

Elève :

Nom : Nom d'usage :

Prénom :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : N° Téléphone :

Adresse complète :

.....

☐ **J'autorise**

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

Fait à : Le :

Signature de l'élève et d'un ou des représentants légaux pour les élèves mineurs :