

**07/17  
ans**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

---

Veuillez lire attentivement ce qui suit, le compléter **IMPÉRATIVEMENT** en lettres majuscules et le faire signer par le représentant légal de l'élève.

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal)  
.....souhaite que l'enfant :  
.....soit transporté(e) en cas  
d'urgence (*cocher la case correspondant à votre choix*) :

à la clinique (*indiquer nom, adresse et téléphone*)  
.....

ou

à l'hôpital de Bayonne, Rue J. Loeb.

et donne mon accord pour que soient pratiquées, en cas d'urgence, l'intervention chirurgicale et l'anesthésie jugées indispensables. Qu'en tant que représentant légal de cette personne, je souhaite être personnellement prévenu(e) au numéro de téléphone suivant :  
.....

À..... le .....

**Signature obligatoire**

---

Veuillez mentionner les nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin.  
.....

---

### ASSURANCE

Il est obligatoire de contracter une assurance « Responsabilité civile » pour les dommages causés dans l'enceinte de l'Ecole Supérieure d'Art Pays Basque pour lesquels l'élève serait responsable.

**Nom de l'assureur** : .....

**Compagnie** : .....

**Numéro du contrat** : .....

À..... le .....

**signature obligatoire**