

PRISE en CHARGE ET HOSPITALISATION en cas d'URGENCE des étudiants mineurs

Je soussigné (Nom, Prénom, Adresse du représentant légal , n° Téléphone)

représentant légal de l'étudiant (nom, prénom et numéro étudiant)

atteste par la présente que

- J'accepte }
 Je refuse } Cocher selon votre choix

Que mon enfant, en cas d'accident survenu dans le cadre de sa scolarité, soit pris en charge par les services publics d'intervention (Pompiers, SAMU, Hôpital) et conduit à l'hôpital le plus proche.

Ce document doit être remis au secrétariat [avant le début des cours](#).

A _____, le ___/___/_____

Signature :

UNIVERSITE DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR

Collège Sciences Sociales et Humanités / Composante Interne de Formations STAPS

