

**Autorisation parentale
de soins / hospitalisation
Année scolaire 2025 - 2026**

Je soussigné(e), M. / Mme :

.....

titulaire de l'autorité parentale pour le (ou les) enfant(s) :

.....

.....

autorise n'autorise pas (*) et (**)

la Mairie de Scionzier, en cas d'accident ou d'urgence médicale, à prendre toutes dispositions utiles pour acheminer mon (mes) enfant(s) à l'hôpital ou la clinique la plus proche de Scionzier afin qu'il(s) y reçoive(nt) les soins, examens ou tout acte médical, y compris les transfusions sanguines, rendus nécessaires par son (leur) état de santé.

(*) dans ce cas, préciser ce qui est autorisé :

.....

.....

(**) La Mairie se réserve le droit de ne pas accueillir un enfant dont elle jugerait ne pas pouvoir assurer la sécurité / sauvegarde si l'autorisation de soins / hospitalisation donnée par les détenteurs de l'autorité parentale est trop restrictive.

A Scionzier, le

Signature du titulaire de l'autorité parentale