

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>ORGANISATION DES SOINS LIES<br/>A UNE PRESCRIPTION MEDICALE</b></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cette disposition concerne des soins de durée limitée au bénéfice d'élèves internes.

Je soussigné (nom-prénom) .....

Accepte que mon fils, ma fille ..... classe .....

Puisse recevoir des soins à Salies du Salat dans un cabinet médical, infirmier, de kinésithérapie ou un centre de radiologie. Il (elle) pourra ensuite regagner l'établissement et l'internat accompagné par un personnel de l'établissement. Le retour comme l'aller se fera en voiture de service.

Date : .....

Signature