

DECHARGE - AUTORISATION

Je, soussigné, _____ (père, mère, tuteur légal)¹ de
l'enfant Nom _____ Prénom _____,
élève en classe de _____,

➤ décharge Le Directeur du L.E.A.P. Lestonnac – 82500 Beaumont de Lomagne de toute responsabilité dès que l'élève a, hors des heures de scolarité et selon son régime, quitté l'établissement ;

➤ autorise Le Directeur du L.E.A.P. Lestonnac – 82500 Beaumont de Lomagne à faire pratiquer les soins ou opérations qui seraient nécessaires à l'enfant et accepte que, sur les décisions proposées par le médecin, il (elle) soit dirigé(e) vers :

- l'Hôpital de : _____

- et/ou la Clinique de : _____

pour y recevoir les soins appropriés.

Fait à _____

Le ____ / ____ /2022

Signature du responsable légal :

¹ Rayer les mentions inutiles