

ECOLE PRIMAIRE « GAN RACHI »
 8 Impasse Suzanne Lenglen -31200 Toulouse
 05.61.32.83 05
 ganrachitoulouse@gmail.com

ATTESTATION DES PREMIERS SOINS

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

Demeurant

Autorise l'école GAN RACHI à assurer les premiers soins à mon (mes)
 enfant(s)

et en cas d'urgence, si l'école est dans l'impossibilité de me contacter, à
 l'hospitaliser.

Pouvoir pour autorisation le :

Signature du père

Signature de la mère

Nom du Médecin traitant de l'enfant :

Adresse : Tél :