

**AUTORISATION D'INTERVENTION
CHIRURGICALE / AUTHORISATION FOR
SURGICAL TREATMENT**

Année scolaire 2019-2020 school year
(à retourner à la Direction de l'Ecole/ please return to the school)

Je soussigné(e) / *I undersigned* _____
père, mère, tuteur légal de l'élève / *child's father, mother, legal guardian** (nom et prénom de l'élève/ *child's full name*) _____

Demeurant /*address*: _____

C.P./*Post Code* _____ Ville/*city* _____

Tél./*tel. No* _____ Portable/*mobile* : _____

autorise la Direction de la Petite Ecole Bilingue à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation / *authorise the Direction of La Petite Ecole Bilingue to take all necessary steps for urgent surgery or hospital admission.*

Je souhaiterais toutefois, dans la mesure du possible/*however, if possible, I request that:*

1. Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique/*the child be admitted to the following hospital or clinic:*

Adresse /*address* _____

Tél. /*tel. No*: _____

2. Que l'on fasse appel au chirurgien/*that (named surgeon) be called :*

M. _____

Adresse/*address*: _____

Tél./*tel. No*: _____

3. Que l'on fasse appel au docteur/*that (named doctor) be called :*

Dr _____

Adresse/*address*: _____

Tél./*tel. No*: _____

Je laisse la Direction de la Petite Ecole Bilingue libre de choisir le chirurgien ou l'hôpital / *I authorise the Direction of La Petite Ecole Bilingue to choose a hospital or surgeon.*

Fait à / *created in* _____, le/on _____

Signature / *signature* :

· Rayer la/les mentions inutiles / *delete as appropriate*