

Ecole primaire de MATOUGUES  
13, grande rue  
51510 MATOUGUES  
[ce.0510650E@ac-reims.fr](mailto:ce.0510650E@ac-reims.fr)  
03 26 70 99 09 (bâtiment maternelle)  
03 26 70 99 57 (bâtiment élémentaire)

Année scolaire **2025-2026**  
ECOLE DE MATOUGUES

AUTORISATION DE SOINS

M.....soussigné(e), père, mère, tuteur, autre parent exerçant  
l'autorité parentale de l'enfant.....

N° de téléphone du domicile de l'enfant : .....

N° de téléphone de travail du père : .....

N° de portable du père : .....

N° de téléphone de travail de la mère : .....

N° de portable de la mère : .....

N° de téléphone fixe et portable de l'assistant familial : ..... / .....

Donne l'autorisation aux services d'urgence appelés par l'école, de procéder, en cas de  
maladie ou d'accident :

- 1) au transport de mon enfant, seul\*, vers l'hôpital le plus proche
- 2) à l'hospitalisation de mon enfant si nécessaire  (1)
- 3) aux premiers soins sur place ou à l'hôpital selon le cas

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières...)

.....  
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

A .....le ...../...../..... Signature :

(1) Cocher les cases

\*Les adultes de l'école ne sont pas autorisés à quitter leur poste.