

AUTORISATION DE TRAITEMENT

Valable pour la durée de votre formation.

Merci de nous signaler tout changement (téléphone, traitement spécial...)

MERCI DE COMPLETER CES DOCUMENTS EN LETTRES MAJUSCULES

NOM – Prénom Apprenant(e) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Section : _____

Madame*, Monsieur* _____

(nom de l'apprenant(e) si majeur(e) sinon représentant légal)

**Rayer la mention inutile*

AUTORISE, en cas d'**accident** ou de **maladie** nécessitant un avis médical, la direction du Pôle formation UIMM Grand Ouest Normandie à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par la situation.

Contre-indications particulières : _____

Traitement spécial : _____

Ce document est transmis au personnel de santé lors de leur intervention (médecin, pompiers...)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Nom - Prénom : _____ Lien de parenté : _____ ☎ : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Nom - Prénom : _____ Lien de parenté : _____ ☎ : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Nom - Prénom : _____ Lien de parenté : _____ ☎ : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Le Pôle formation UIMM Grand Ouest Normandie ne pourra pas être tenu responsable s'il ne parvient pas à contacter l'une des personnes au numéro indiqué. Le Pôle formation ne peut délivrer AUCUN MEDICAMENT.

Fait à _____, le _____

Signature de l'apprenant(e) et de son représentant légal si mineur(e)