ATERALDIETAN PARTE HARTZEKO BAIMENA

EBAKUNTZAKO BAIMENA

AUTORISATION DE SORTIE
AUTORISATION
D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nik, azpian izenpetzen duena / *Je soussigné(e) :*

……..……..

Helbidea / *Demeurant à:* …….

…….

Etxeko tel. / *Tél.* :: .. ..

Laneko tel. / *Tél.professionnel* : .. ..

Père/mère/tuteur de l'élève …… ikaslearen ama-aita-zurkaitza-k

Ene haurrari baimena emaiten diot
- Ikastolaren ardura pean eta urtean zehar antolatuak diren ateraldietan parte hartzeko,

Xalbador kolegioko arduradunei baimena emaiten diet
- Sekulan istripu bat gertatzen balitz, behar diren neurrien hartzeko, ospitalean sartzeko edo ebakuntza baten egiteko.

Nahiago nuke, posible balitz, ene seme/alaba ondoko ospitale/klinika honetara sartua izan dadin :

……
……

Herria : Eguna :

Izenpena :

Ikaslearen osasunari buruzko xehetasunak :

- sekuritate sozialaren zenbakia :

- Odol taldea :
- Eritasun berezia edo tratamendu bat eskatzen duen eritasuna :

- Alergia(k) :

- Baitaezpadako txertoak eginak ditu
  BAI EZ
  (osasun karneteren fotokopia)

- Usaiazko medikuaren izena eta telefonoa :

Oharrak

autorise,
- mon enfant à participer aux sorties organisées tout au long de l'année sous la responsabilité de l'établissement,

- les responsables de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation et/ou pour une opération chirurgicale.

Je souhaiterais que mon enfant soit admis(e), dans la mesure du possible, à l'hôpital ou la clinique ci-après :

……..
……..

Fait à : le :

Signature :

Renseignements complémentaires :

- Numéro de sécurité sociale :

- Groupe sanguin :
- Maladie nécessitant un traitement régulier:

- Allergie(s) :

- L'enfant est à jour des vaccins obligatoires
  OUI NON
  (photocopie du carnet de santé à joindre)

- Nom et téléphone du médecin traitant :

Observations