

# AUTORISATION DE TRAITEMENT

*Valable pour la durée de votre formation.*

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

NOM – Prénom Apprenant(e) : \_\_\_\_\_

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)**