

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024/2025

AUTORISATION D'INSCRIPTION

A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION UNIQUEMENT POUR UN(E)ETUDIANT(E) MINEUR(E)
OU SOUS TUTELLE

Je soussigné(e) M. / Mme autorise:

Nom: Prénom:

né(e) le: ___ / ___ / _____

à s'inscrire à l'université de Nîmes en *: 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année autre, précisez:de *: ADMINISTRATION ECONOMIQUE ET SOCIALE DESIGN BIOLOGIE - ENVIRONNEMENT DROIT HISTOIRE ET PATRIMOINE LETTRES MODERNES APPLIQUEES LLCE ANGLAIS LLCE ESPAGNOL MATHEMATIQUES - INFORMATIQUE PSYCHOLOGIE STAPS AUTRE DIPLÔME; précisez:

A , le ___ / ___ / _____

Signature:

**FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS *
POUR ETUDIANT(E) MINEUR(E)****A RENDRE OBLIGATOIREMENT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION**

Nom et prénom de l'étudiant :

Né(e) le: ___ / ___ / _____ à

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de communiquer au moins un numéro de téléphone où vous joindre

1. N° de téléphone du domicile : Tél. portable :

2. N° du travail du tuteur 1 : Poste :

3. N° du travail du tuteur 2 : Poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un étudiant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

n.b. : Un étudiant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de la famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille

..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle

aurait à subir une intervention chirurgicale.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre):

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ___ / ___ / _____ (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans)

A, le ___ / ___ / _____

Signature des parents :

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année universitaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.