

## PLAN D'URGENCE ACCIDENT NUCLÉAIRE DISTRIBUTION DE PASTILLES D'IODE

### Autorisation parentale pour les étudiants mineurs

Je soussigné-e, Madame, Monsieur ..... , père, mère, tuteur(1) de  
..... (NOM Prénom)

Né-e le ... / ... / ..... , autorise l'Université Savoie Mont Blanc à faire absorber 1  
comprimé d'iode, dès le déclenchement du plan par le Préfet de la Savoie ou de la  
Haute-Savoie, à mon fils, ma fille(1) étudiant(e) à l'Université Savoie Mont Blanc.

Fait à .....

Le .....

Signature

(1) Rayer la mention inutile

***Ce document est à remettre à la chaîne d'inscription ou à retourner au Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) du site où l'étudiant est inscrit **dans le mois qui suit la rentrée universitaire.*****

*Le Président de l'Université Savoie Mont Blanc est le responsable du traitement des données.*

*Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la réalisation de l'inscription administrative. Les destinataires des données sont : le Direction des Etudes et de la Vie Etudiante et le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.*

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à [scolarite.centrale@univ-smb.fr](mailto:scolarite.centrale@univ-smb.fr).*