AUTORISATION DE SOINS
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE

Nom de l'enfant :….....**Prénom :**.....

Date de naissance :...../...../.....

Adresse :.....

.....

.....

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable des cours fera appel :
soit à votre médecin traitant soit au samu (Tel 15)
et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela merci de préciser les renseignements suivants :

Numéros de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

Père :..... ;.....
Mère :.....
Responsable légal : .....

Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un voisin ou d'un ami :

Nom/Prénom.....Tél.....

Médecin traitant :
Docteur.....Tél.....
Adresse ….....
…….....
…….....

Allergies éventuelles :

….....….....

Je soussigné :
Monsieur ….....….....
Madame ….....

autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale et anesthésie nécessaire

Date :

Signature du père, de la mère ou du responsable légal