

NOM de l'enfant _____

Prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____

N° de sécurité social _____

Téléphones en cas d'urgence

Mère _____

Père _____

Autre (à préciser) _____

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____

Téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel soit à un médecin généraliste, soit au 112 et vous préviendra le plus rapidement possible.

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame _____

PERE /MERE/RESPONSABLE LEGAL de l'enfant sus-nommé,

- Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire,
- Autorise le responsable présent à demander l'admission en établissement de soins,
- Autorise le responsable à reprendre l'enfant à sa sortie.

Date : _____

Signature :

NOM de l'enfant _____

Prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____

N° de sécurité social _____

Téléphones en cas d'urgence

Mère _____

Père _____

Autre (à préciser) _____

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____

Téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel soit à un médecin généraliste, soit au 112 et vous préviendra le plus rapidement possible.

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame _____

PERE /MERE/RESPONSABLE LEGAL de l'enfant sus-nommé,

- Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire,
- Autorise le responsable présent à demander l'admission en établissement de soins,
- Autorise le responsable à reprendre l'enfant à sa sortie.

Date : _____

Signature :