

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 : \_\_\_\_\_

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.*

*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 \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

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

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.

- 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 :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :