AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

(Pour les enfants mineurs à remplir par les parents)

∞1∞ **Cas d'urgence : accident, renvoi.**

Personne à contacter (personne exerçant l'autorité parentale)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Tel portable : Tel domicile :

Personne à contacter en cas d'absence :

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postale : Ville :

Tel portable : Tel domicile :

∞2∞ L'enfant souffre t-il d'allergies ?

Nom : Prénom :

Age :

∗Médicamenteuse ∗Alimentaires ∗Asthmes

∗Autres (précisez) :

∞3∞ Autorisation de soins médicaux :

Je soussigné(e) parent de , autorise les responsables de l'association LES FAL'AMIS à faire donner tout les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaire en cas de besoin après consultation d'un praticien.

∞Adresse caisse primaire d'assurance maladie :

∞N° de sécurité sociale :

Nom du médecin traitant et téléphone :

Je m'engage à rembourser LES FAL'AMIS l'intégralité des frais engagé pour mon compte (médicaux et pharmaceutiques).

Fait à : Le :

Signatures (suivi de la mention Lu et approuvé)