



AUTORISATION PARENTALE

2018-2019

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e), le responsable légal, Mr/Mme

.....

Adresse

.....

Tél : **Professionnel**

Tél : **Domicile**

Tél : Portable

Tél : **Autre**

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Fait-le.....

Signature du/des Parents

Précédée de la mention "Lu et approuvé"

DAUPHINS SECTION PALOISE

96 avenue Montardon – 64000 PAU - www.dauphinsectionpaloise.fr - contact@dauphinsectionpaloise.fr - 0686908348 -



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ ASTHME | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ MEDICAMENTEUSES | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ ALIMENTAIRES | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ AUTRES | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler),

.....
.....
.....

Si allergie alimentaire et /ou problème médical nécessitant un traitement ou une prise en charge particulière : fournir un certificat médical.

Fait-le

Signature du/des Parents

Précédée de la mention "Lu et approuvé"

DAUPHINS SECTION PALOISE

96 avenue Montardon – 64000 PAU - www.dauphinsectionpaloise.fr -

contact@dauphinsectionpaloise.fr - 0686908348 -