UNION SPORTIVE FONTENAYSIENNE

AUTORISATION DE SOINS

Document confidentiel réservé au personnel médical et à la famille d'accueil

Nous soussignés Responsable légal 1 (nom, prénom) ……..
Résidant : ……
et Responsable légal 2 (nom, prénom)……
Résidant : ……

Responsables légaux de l'enfant (nom, prénoms) : ……..
Né(e) le : …… à ……

Autorisons les personnes citées ci-après :

Madame / Monsieur (référent familial)……
Résidant : ……
Et
Toute personne membre du club
Et
Toute personne de confiance à qui Madame / Monsieur ..... aurait demandé de transporter notre enfant

à présenter notre enfant à un médecin si son état de santé le nécessite ou s'ils le jugent nécessaire

et
en cas de nécessité de soins urgents autorisons le professionnel médical à pratiquer les soins voire une intervention chirurgicale avec anesthésie générale ou locale si cela s'avère nécessaire sur le plan médical. Le référent familial devra nous en rendre compte immédiatement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

N° de sécurité sociale : ……

Mutuelle (nom et n°) : ……

Groupe sanguin : ……..

UNION SPORTIVE
FONTENAYSIENNE

- Actes chirurgicaux graves (antécédents) : ……
- Maladies (antécédents ou en cours) : ……
- Traitement médical : ……
- Allergies (alimentaires, médicamenteuses…) : ……
- Intolérances à des médicaments : ……

Nom du médecin traitant : ……
Adresse : ……
N° de tél : ……
Mail : ……

Nous soussignons, Responsable légal 1 (nom, prénom) ……
Et Responsable légal 2 (nom, prénom) ……

- Attestons sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur l'enfant cité ci-dessus
- Certifions sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur le présent imprimé et nous engageons à signaler sans délai toute modification concernant l'état de santé de notre enfant,

Fait à :
Le :

Signature du responsable légal 1
Précédé de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable légal 2
Précédé de la mention « lu et approuvé »

Cette autorisation est valable pour la durée de la convention hébergement.