AUTORISATION DE SOINS POUR UN MINEUR -SORTIE

Je soussigné(e)

Nom et prénom du parent / responsable légal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Autorise les responsables de la sortie organisée par :

CSE SAFRAN NACELLES 76

à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale concernant mon enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

En cas d'urgence, j'autorise les responsables à :

- faire examiner mon enfant par un médecin ;

- faire pratiquer les soins médicaux nécessaires ;

- et, si besoin, faire hospitaliser mon enfant.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Informations médicales utiles (allergies, traitement en cours, etc.) :
_____

_____

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / _____

Signature du parent / responsable légal :