

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise les responsables de l'association à :

- Prendre toutes mesures d'urgence nécessaires.
- Faire transporter mon enfant vers l'établissement hospitalier le plus proche.
- Autoriser toute intervention médicale jugée nécessaire par les professionnels de santé.

Personne à contacter en priorité :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergies / traitements particuliers :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du responsable légal : \_\_\_\_\_