



# AUTORISATION PARENTALE MEDICALE

Pour les enfants mineurs à remplir par les deux parents

**1/ Cas d'urgence : Personne à contacter** (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

**2/ L'enfant souffre-t-il d'allergies** (entourer la mention utile)

Médicamenteuses : oui (lesquelles) :

non

Alimentaires : oui (lesquelles) :

non

Asthmes : oui

non

Autres (précisez) :

**3/ Autorisation de soins médicaux** (nom et prénom des deux parents obligatoire)

**Parent 1**

Je soussigné(e) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

**Parent 2**

Je soussigné(e) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

Autorisons les encadrants à pratiquer les premiers soins et à demander le transfert par les services d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, en cas d'urgence, sur mon enfant (**nom et prénom de l'enfant**) :

Fait à : le,

Signature(s) (obligatoire des deux parents), précédée de la mention « lu et approuvé »