

# AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT Année Scolaire 2017-2018

Je soussigné(e)

NOM.....Prénom.....,

Responsable légal de l'enfant (Nom Prénom).....

• **Autorise les responsables de l'accueil périscolaire (personnel communal) :**

- A faire soigner l'enfant (Nom et prénom).....
- A hospitaliser et à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence.

**Médecin traitant :**.....

Adresse et téléphone :.....

• **Habilite la ou les personne(s) suivante(s) à prendre l'enfant en charge**

NOM, Prénom, lien de parenté, adresse et téléphone :

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

NOM, Prénom, lien de parenté, adresse et téléphone :

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

NOM, Prénom, lien de parenté, adresse et téléphone :

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

• **Certifie être titulaire du contrat d'assurance de Responsabilité Civile Chef de famille**

N° de police : .....

Souscrit auprès de la compagnie d'assurance : .....

Adresse : .....

Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Téléphone de la mère de l'enfant :.....

Téléphone du père de l'enfant :.....

Téléphone des responsables légaux :.....

Signature des parents