

**AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE
PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT
Année Scolaire 2018-2019**

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