

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je, soussigné(e) _____
parent / tuteur légal de l'enfant _____
né(e) le ____ / ____ / ____

- Reconnais avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le _____

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

CONSENTEMENT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, Monsieur et Madame _____
parents / tuteurs légaux de l'enfant mineur _____
né(e) le ____ / ____ / ____

- Reconnaissons avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant notre enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- Autorisons par avance, en cas de nécessité pour l'état de santé de notre enfant, le service de secours :
 - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence ;
 - à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique.
- Déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le _____

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »