

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Pour l'année 2024 – 2025

ENFANT

Nom et prénom :

Adresse :

CP :Ville :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom :

Adresse :

CP :Ville :

Père : Portable :

Mère : Portable :

En cas d'accident ou de malaise grave de mon enfant, le responsable du groupe alertera, en fonction du degré apparent de la gravité de son état, le médecin traitant, le SAMU, ou les pompiers, et nous-mêmes les parents.

Le responsable du groupe remettra le plus rapidement possible l'enfant à l'un des responsables de la santé et des secours mentionnés ci-dessus. L'interconnexion entre le SAMU (15) et les pompiers (18) est automatique et le médecin traitant peut également très vite entrer en contact avec ces organismes. Ces professionnels de la santé, et notamment le médecin régulateur du SAMU s'assurent, en cas d'état grave de l'enfant, de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics et privés en tenant compte du respect du libre choix et font préparer son accueil.

Médecin traitant : Nom :Téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Nom : Téléphone :

Nom :Téléphone :

Vaccinations : date de la 1^{er}e injection et du dernier rappel

BCG.....

Antitétanique.....

Problèmes médicaux, recommandations des parents, allergies connues, régimes :

.....

Je soussigné(e) : Mme, Mr autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire. J'autorise le responsable du groupe à demander l'admission à l'établissement de soins et à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents.

Fait à, le/...../ 20

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »