

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

(à remplir lisiblement par les parents)

Je soussigné(e) : NOM, Prénom de la personne exerçant l'autorité parentale :

.....

Adresse :

.....

Code Postal Ville

N° de sécurité sociale

Tél.

Autorise les responsables de l'ASPTT TOULOUSE à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Très important : ANTECEDENTS ET ALLERGIES éventuels de l'enfant

.....

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'accident est :

NOM, Prénom :

Préciser le lien de parenté :

Adresse complète :

..... N° de téléphone

Je m'engage à rembourser à l'ASPTT TOULOUSE les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait à **Signature :**

Le/...../20.....