



DISPOSITIF A.I.R

FICHE DE SANTE – AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION D'URGENCE

Nous soussignons....., représentants légaux
de.....
Autorisons le cas échéant, en cas d'urgence, le responsable du dispositif d'accueil du jeune enfant ou
ses délégués à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter et faire hospitaliser mon
enfant :

NOM :..... Prénom :.....
Date de naissance :.....

En cas d'impossibilité pour nous joindre ou en cas de force majeure, nous autorisons tout médecin
responsable à faire pratiquer, le cas échéant, toute intervention chirurgicale ou médicale d'urgence
rendue nécessaire par l'état de santé de notre enfant.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

N° de sécurité sociale :.....

Organisme de Mutuelle :.....

Groupe sanguin :.....

- Actes chirurgicaux graves :.....
- Maladies :.....
- Traitement médical :.....
- Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) :.....
- Intolérances à des médicaments :.....

Nom du médecin traitant :.....

Adresse :.....

N° de téléphone :.....

Nous déclarons sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et nous nous engageons à
signaler sans délai toute modification concernant l'état de santé de notre enfant.

Fait à, le.....

Signature du responsable 1 de l'enfant
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable 2 de l'enfant
précédée de la mention « lu et approuvé »