



**AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX**  
*pour les enfants mineurs à remplir par les parents*

**1/ Cas d'urgence : accident, renvoi**

Personne à contacter (*nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale*)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél portable ..... Tél domicile .....

La personne à contacter en mon absence est :

Nom ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél portable ..... Tél domicile .....

**2/ L'enfant souffre t'il d'allergies ?**

Médicamenteuses     Alimentaires     Asthmes

Autres (précisez) : .....

**3/ Autorisation de soins médicaux**

Je soussigné(e) .....

(*nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale*)

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél portable ..... Tél domicile .....

N° de sécurité sociale .....

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie .....

*Autorise les responsables de l'Association SLD à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur :*

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à .....

*Je m'engage à rembourser à l'Association SLD l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés pour mon compte.*

*J'autorise la personne mentionnée au chapitre 1 à accueillir mon enfant si je suis injoignable.*

*Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription.*

*Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.*

Fait à ..... le .....

Signature (obligatoire, précédée de le mention « lu et approuvé »)