|  |
| --- |
| Autorisation de soins et d’hospitalisation en cas d’accident |

|  |
| --- |
| Enfant |

Nom et prénom : ………..………....

Date de naissance : / /

Adresse : ……………...…....

Tel domicile : ……………...…....

Problèmes médicaux : …………...……....

Allergie connue : ……………...…....

Traitement chronique : ……………...…....

Nom du médecin traitant : ……………...…....

|  |
| --- |
| **Responsables légaux** |

Nom et prénoms : ………...………....

Adresse :……………….......

Tel portable mère : ………...………....

Bureau :………...………....

Tel portable père : ………...………....

Bureau : ………...………....

En cas d’accident, les parents seront prévenus dans les plus brefs délais.

Le personnel fera appel aux équipes du SAMU 31 et l’enfant sera conduit si besoin vers **l’hôpital des enfants de Toulouse Purpan.**

Nous autorisons le personnel de l’association Encas-Danses à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant : soins, examens, hospitalisation, intervention chirurgicale.

Fait le : / /.

Signatures :

Père :………...………...

Mère : ………...………...