



AUTORISATION MEDICALE PARENTALE

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demande une autorisation écrite des parents.

Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juges des Enfants ou au Procureur de la République.

L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e), le ou la Responsable légal(e), Monsieur ou/et Madame

Adresse

e-Mail

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence

Fait à :

Le :

Signature du/des parents, précédée de la mention «lu et approuvé»



FICHE DE LIAISON MEDICALE

Cette fiche est destinée à permettre au médecin qui verra éventuellement votre enfant de connaître ses antécédents, les contre-indications éventuelles à un traitement, les problèmes particuliers.

Cette fiche est soumise au secret médical. Elle doit être placée dans une enveloppe fermée, conservée par le responsable du déplacement et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Date de naissance : Groupe sanguin :
Club : **Denain Natation-Porte du Hainaut** N° de licence :

Antécédents chirurgicaux :

Intervention(s) subie(s) (date et nature) :

- -

Antécédents médicaux :

- -

Maladies Infantiles :

- -

- -

Maladie(s) grave(s) (date et nature) :

- -

- -

Antécédents de suivi Kiné :

- -

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses :

- -

Vaccinations entreprises et dates de celles-ci :

- -

Traitements médicaux en cours (avec si possible photocopie de l'ordonnance) :

- -

Traitement Kiné :

- -

Remarques que vous souhaitez porter à l'attention du médecin :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Fait à : Le :

Signature du/des parents, précédée de la mention «lu et approuvé» :