

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Nom de l'enfant :

Nous soussignés (*noms, prénoms, qualité (père, mère, autre)*) des personnes exerçant l'autorité parentale)

-

-

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel portable 1:

Tel portable 2:

Numéro de sécurité sociale:
(*numéro de la personne sous lequel est assuré l'enfant*)

Autorisons la structure de la Ville de Saint-Brieuc **à transporter ou à défaut faire transporter mon enfant si besoin chez un médecin ou à l'hôpital**

Autorisons que tous les actes usuels et courants nécessités par l'état de santé de notre enfant soient réalisés (*points de suture, plâtre...*)

Nous avons pris connaissance que ce document ne constitue pas une autorisation de soin générale (*au titre de l'article R1112-34 du Code de santé publique*). Qu'il est indispensable que nous soyons joignables aux numéros indiqués afin que nous puissions être informés de l'état de santé de notre enfant et consentir aux soins (*intervention sous anesthésie générale, hospitalisation...*)

Fait à Le

Signature des responsables légaux obligatoire

responsable 1

responsable 2