

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Autorisation parentale médicale d'urgence

Je soussigné(e) M, Mme (1) :

Demeurant à :

Autorise l'établissement à prendre, en cas de nécessité toutes mesures utiles :

- Pour une hospitalisation,
- Pour une opération chirurgicale d'urgence.

Ces informations sont importantes car elles peuvent éviter des erreurs de diagnostics envers votre enfant. Elles restent confidentielles.

Procédures médicales en vigueur de l'établissement

- En cas de problème de santé léger, l'enfant est invité à se reposer en salle de soins, la personne responsable pouvant alors proposer un médicament de base (type Doliprane, Spasfon, etc.), après s'être informé des contre-indications éventuelles.
- Si le problème s'avère plus important (forte fièvre, douleurs nécessitant des radiographies, etc.) le responsable prend contact avec la famille pour que celle-ci vienne chercher l'enfant.
- Si le cas est jugé grave (chute avec suspicion de fracture ; perte de connaissance, etc.) le responsable téléphone au médecin coordinateur (Samu-Pompiers) ou S.O.S. médecins et avertit simultanément la famille.

Autres contacts

- Téléphone fixe du domicile :
- Nom, prénom et qualité du responsable 1 :
- Téléphone portable du responsable 1 :
- Nom, prénom et qualité du responsable 2 :
- Téléphone portable du responsable 2 :
- Autres personnes à contacter :

Maladies, traitements en cours et informations médicales à connaître sur l'enfant

Les maladies héréditaires ou familiales

.....,.....
.....
.....

Les interventions chirurgicales (avec les dates)

.....,.....
.....
.....

Les hospitalisations pour raisons médicales

.....,.....
.....
.....

Les allergies éventuelles à certains médicaments

.....,.....
.....
.....

Si l'enfant suit un traitement particulier

.....,.....
.....
.....

....., le,

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

.....,
.....