

**AUTORISATION DE SOINS
CONSEIL DES JEUNES**

A compléter, signer et remettre à
à la référente du Conseil des jeunes
(soit en mains propres, soit à l'adresse mail : cdj@epinal.fr)

- **Nom et prénom de l'enfant :**
- **Date de naissance :**
- **N° de Sécurité sociale de l'enfant :**

Autorisation parentale médicale d'urgence

Je soussigné.e madame, monsieur

Adresse

EPINAL

Téléphone

Email

Autorise mon enfant à se faire hospitaliser en cas d'urgence :

Oui Non (barrer la mention inutile et entourer la mention utile)

Je donne, par la présente, l'autorisation de faire utiliser une ambulance et donne mon accord pour l'admission dans un hôpital, pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité dans l'intérêt de l'enfant.

À Épinal, le _____,

signature du représentant légal ou de l'adulte,
précédée de la mention « Lu et approuvé, bon pour accord »

L'autorisation ci-contre ne sera utilisée qu'en cas d'urgence.

S'il survient un accident sans urgence, l'encadrement fera tout effort pour contacter les parents en priorité.

Pour ce faire, veuillez écrire ci-dessous votre adresse et les numéros de téléphone auxquels nous pouvons vous joindre jour et nuit :

Coordonnées de la mère (Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) :

Coordonnées du père (Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) :

Coordonnées du tuteur (Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) :

Si d'autres informations vous semblent nécessaires pour la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....