



Garderie / cantine / Mairie de DIZIMIEU
Année scolaire 2020-2021

Autorisation parentale d'intervention médicale ou chirurgicale

Je, soussigné(e) :

Père
Mère
Autre (à préciser) :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale de l'assuré qui couvre l'enfant :

AUTORISE

- tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, toute intervention médicale ou chirurgicale, y compris avec phase d'anesthésie – réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- et tout transport sanitaire urgent.

Fait àle

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Personnes pouvant être appelées **rapidement en cas d'accident** pour assurer la suite de la prise en charge de l'enfant :

Nom :

N° téléphone personnel :

N° portable :

Nom :

N° téléphone personnel :

N° portable :

Observations médicales : (préciser tout renseignement utile : traitement médical, asthme, allergies)