AUTORISATION PARENTALE DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e), **[Nom et prénom du parent ou tuteur légal]** ……
titulaire de l'autorité parentale sur l'enfant :
[Nom et prénom de l'enfant],.....
né(e) le **[date de naissance]**, ……
demeurant au **[adresse complète]**,.....
.....

autorise le personnel encadrant de l'Association Les Belins Belines, ainsi que tout professionnel de santé, à prendre toute décision médicale nécessaire en cas d'accident ou d'urgence concernant mon enfant pendant sa participation aux activités du centre.

J'autorise également son transport et son éventuelle hospitalisation si cela s'avère nécessaire.

Les Informations complémentaires :

- N° de sécurité sociale de l'enfant : …….
- Médecin traitant : **[nom et coordonnées] :** …… ……..
- Allergies connues / traitement en cours : **[à préciser ou indiquer "néant"]** …… ……..

Valable pour la période du 1er septembre 2026 au 10 juillet 2027

Fait à Saint Laurent d'Agny, le …. / ….. / …..

Signature du représentant légal :