

**AUTORISATION D’HOSPITALISATION**

**ET D’INTERVENTION CHIRURGICALE**

 Je, sous-signé................................................................., (père, mère, représentant légal) de l’enfant......................................................... autorise le Président de l’Association « Jeunesse Fraternelle », ou son représentant, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale.

 A

 Le

 Signature,

**Fiche médicale**

(Cette fiche est à complèter TRES LISIBLEMENT et à mettre sous enveloppe cachetée).

Soyez aussi précis que possible dans les informations communiquées.

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

|  |  |
| --- | --- |
| Contre-indication médicamenteuse |  |
| Contre-indication à la pratique d’une activité sportive |  |
| Votre enfant a-t-il eu une maladie ou un accident grave ? |  |
| A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? |  |
| Votre enfant souffre-t-il d’un handicap ou d’une infirmité ? |  |
| A-t-il reçu une injection de sérum antitétanique ? |  |
| Souffre-t-il d’allergie(s) ? |  |
| Est-il à jour de ses vaccinations ? |  |
| Autres informations que vous jugez utiles de communiquer au médecin. |  |

Je, sous-signé................................................................., (père, mère, représentant légal) déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis.

A

Le

 Signature