



AUTORISATION DE SOINS URGENTS ALP / ALSH

Je soussigné(e), Madame, Monsieur ⁽¹⁾

Autorise **en cas d'urgence médicale**, le responsable de l'ALP ou de l'ALSH (ou son représentant) à contacter un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiqués les soins nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale...).

NOM : Prénoms :

Né (e) le : À :

Nom du médecin référent : ☎

Hôpital souhaité :

Groupe sanguin de l'enfant :

N° de Sécurité Sociale :

Je serai averti(e) immédiatement par l'organisateur du déroulement de la situation.

Fait le :

A :

Signature du responsable légal
Précédée de la mention « lu et approuvé »

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile