

FICHE AUTORISATION DE SOINS

Enfant (Nom en majuscules/Prénom) :

Parent ou tuteur (Nom/Prénom) :

Adresse :

Tél en cas d'urgence :

Je soussigné(e) (nom/prénom)

agissant en qualité de père/mère/tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant (Nom/Prénom) :

.....

né(e) le..... à

déclare donner mon accord pour que le personnel encadrant du séjour WECA de l'ALPC autorise le

corps médical et les personnels de secours à porter à l'enfant dont j'ai la responsabilité toute

l'assistance et les soins qu'ils jugeront nécessaires. Un responsable du séjour vous avertira dès que

les soignants auront fait connaître leur diagnostic. La signature vaut approbation.

Surdité :Types d'appareils : ☐ implant ☐ bi-implant ☐ contour(s)

Si votre enfant est sujet à certaines pathologies, vous pouvez l'indiquer ci-dessous.

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature(s) :