

AUTORISATION – DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e),

NOM et Prénom du (ou des) parents

1- Autorise mon enfant (NOM et Prénom).....à participer àpour la période du 10 septembre..... au 31 juin 20.....

2- Autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessitées par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

3- Autorise les responsables à transporter mon enfant avec leurs véhicules (ou véhicule loué)

4- Mon téléphone portable :

RENSEIGNEMENTS

(indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

Nom et Prénom de l'Assuré social :

N° de Sécurité Sociale :

Références et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale

.....

Nom et Références de votre Mutuelle complémentaire

.....

Nom et adresse de votre Cie d'Assurance et N° de Police

.....

N° de Police :

Date :

A, Signature :

PS : je joins à ce document

- La photocopie de carte vitale et de la feuille allant avec, donnant la validité de vos droits
- Photocopie de l'attestation CMU ou de la mutuelle complémentaire

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE						
Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUÉS			DATES		
					///	///
					///	///
					///	///
					///	///
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES	
1er VACCIN	///		///		///	
REVACCINATION	///	1er RAPPEL	///		///	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		///
		///

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, reéducations)

	///
	///

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI