

 AUTORISATION TRAITEMENT
MEDICAL

 AUTHORIZATION FOR
EMERGENCY CARE



 INFORMATIONS PARTICIPANT  INFORMATIONS PARTICIPANT

Centre Prénom Nom
Rue Ville Code postal



 AUTORISATIONS MEDICALES  CONSENT FOR TREATMENT

 I/we the undersigned, parent(s) or legal guardian of the minor

First Name (prénom de l'enfant) : _____ **Last Name** (nom de l'enfant) : _____

hereby grant permission for first aid to be administered to my child in the event that it becomes necessary from (du) : _____ to (au) : _____ I also grant the guardian authority **Last Name** (nom du directeur) : _____

to act in my place and with the same authority as myself during the course of the camp, including the right to approve or decline emergency or other medical care in the event that I cannot be reached by the guardian or camp staff.

I authorize the guardian staff from LOISIRS CLUB 4-80 105 rue du PONTEL BP 10008 78104 SAINT GERMAIN en LAYE Cedex FRANCE to seek medical diagnosis and/or treatment, when they deem necessary, at any appropriate hospital or other medical facility. I authorize physicians and nurses to perform any diagnostic procedures, treatment procedures and operative procedures to my child.

Parent / Legal First and last Name (prénom et nom du tuteur) : _____

Date : _____

Signature Obligatoire

 Je / nous soussigné, parent(s) ou tuteur légal du mineur Prénom, Nom accorde la permission à administrer les premiers sur mon enfant dans le cas où il devient nécessaire du .. au.. J'accorde également le pouvoir au Directeur du centre à agir à ma place et avec la même autorité que moi au cours du séjour, y compris le droit d'approuver ou de refuser des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux au cas où je ne pourrais pas être contacté par le directeur ou l'équipe d'encadrement. J'autorise le personnel de LOISIRS CLUB 4-80 105 rue du PONTEL BP 10008 78104 Saint Germain en Laye Cedex FRANCE à obtenir un diagnostic et / ou un traitement médical, lorsqu'il le juge nécessaire, dans tout hôpital approprié ou un autre établissement médical. J'autorise les médecins et les infirmières à effectuer des procédures de diagnostic, des procédures de traitement ainsi que les procédures opératoires sur mon enfant.

Enregistrement, cliquez sur le bouton à droite :

Une fois terminé, cliquez sur le bouton à droite :