



Fiche de renseignements

NOM :

Prénom :

Date de naissance : **Taille vêtements :** haut : bas :

Adresse :

..... **e-mail :**

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel :

- soit au médecin de l'association,
- soit à votre médecin traitant,
- soit aux pompiers (☎ 18),
- soit au SAMU (☎ 15),
- soit aux secours portables (☎ 112),

et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

- **N° de téléphone où vous pouvez être joints rapidement :**

Père : dom. : Mère : dom. : Autre : dom. :
Port. : Port. : Port. :

- **N° de téléphone de votre voisin ou ami ou famille :**

Nom : Téléphone dom. :
port. :

- **Médecin traitant :** Docteur

Téléphone dom. :
port. :

- **Etablissement de soins choisi * :**

HOPITAL : Tél. :
CLINIQUE : Tél. :

- L'enfant a-t-il des allergies ? Lesquelles ?

.....

- Est-il sous un traitement au long cours ?

.....

* Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.

Je soussigné(e),

- autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.
- autorise le responsable de l'association à demander l'admission en établissement de soins
- autorise le responsable de l'association à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

A, le

Signatures