

FICHE D'URGENCE INTERNAT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE : SECTION SPORTIVE :

RESPONSABLE LEGAUX

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
☎ Portable :	☎ Portable :
☎ Domicile :	☎ Domicile :

2) AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION ET DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e)..... Parent1/Parent2 de
l'élève :

Cocher la case correspondante :

- ☐ Autorise l'hospitalisation et l'administration de soins médicaux en cas d'urgence
☐ N'autorise pas l'hospitalisation et l'administration de soins médicaux en cas d'urgence

- Je demande à être prévenu(e) au préalable

3) AUTORISATION DE PRISE DE MEDICAMENTS

Aucune prise de médicament n'est autorisée à l'internat, sans prescription médicale et sans autorisation écrite des parents.
Si vous autorisez le personnel en charge de votre enfant à administrer un médicament, nous vous demandons de bien vouloir signer cette autorisation **(Joindre obligatoirement une ordonnance du médecin avec le protocole pour les 3 médicaments cités ci-dessous)**

- Doliprane - Spasfon lyoc - Smecta Sachet

Date et signature du responsable légal