

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

5- RESPONSABLE DE L’ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile _____ Portable _____ Travail _____

Père : domicile _____ Portable _____ Travail _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) : _____

Je soussigné(e), _____ responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. J’autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

DATE : _____

Signature :