



ACCUEIL DE LOISIRS INTERCOMMUNAL XAINTRIE VAL'DORDOGNE

AUTORISATION DE TRANSPORT ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Je soussigné(e), _____

Représentant légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ Et âgé à ce jour de : _____ ans.

Autorise les animateurs et le/la directeur/ trice de l'Accueil de loisirs Intercommunal Xaintrie Val'Dordogne à faire transporter mon enfant mentionné ci-dessus par les organismes compétents (gendarmerie, SAMU, pompiers...) dans un centre hospitalier en cas d'accident et/ou d'urgence.

A toutes fins utiles, je communique ci-après les coordonnées :

1/ Du médecin traitant de mon enfant :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

2/ De la personne à prévenir en cas d'urgence ou d'accident :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

J'autorise également les services hospitaliers prenant en charge le patient à pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales nécessaires.

Enfin, j'autorise le cas échéant, les animateurs et le/la directeur/ trice de l'Accueil de loisirs Intercommunal Xaintrie Val'Dordogne à récupérer mon enfant à sa sortie de l'hôpital.

Fait à _____, le _____.

Signature de la mère :

Signature du père :

(précédée de la mention « lu et approuvé »)