

Formulaire medical et d'autorisation parentale

Nom de l'enfant: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____ Sexe: _____

Information médicale

Nom de médecin traitant: _____

Telephone: (____) _____

Assurance médicale: _____ Police d'assurance: _____

Allergies aux médicaments: _____

Votre enfant souffre-t-il d'une ou plusieurs conditions maladies: _____

Medicaments: _____

Autre information médicale pertinente: _____

AUTORISATION ET CONSENTEMENT DU PARENT OU TUTEUR LEGAL En tant que tuteur de l'enfant susmentionné, j'autorise et consent à ce qu'un adulte désigné administre les premiers soins en cas de blessures mineures ou maladie. Si les blessures ou maladies sont graves, j'autorise la personne en charge de consentir à ce qu'un professionnel de la santé s'occupe d'administrer les soins jugé appropriés à mon enfant. J'autorise la personne en charge d'exercer jugement selon l'avis du personnel médical.

Date d'effet: _____. Signe le _____, 20_____.

Parent / Tuteur: _____

Caractères d'imprimerie: _____