



**AUTORISATION PARENTALE HOSPITALISATION
STAGES SPORTS VACANCES
VILLE DE NIMES
DIRECTION DES SPORTS
SERVICE ANIMATIONS SPORTIVES**

° Je soussigné(e) : _____
° En qualité de : Père Mère Tuteur Légal (cocher le rond correspondant)
° NOM de l'Enfant : _____ Prénom _____
° Demeurant à : _____

- ° **AUTORISE** ou **N'AUTORISE PAS** (cocher le rond correspondant)
- Le responsable du Stage Sportif Ville de Nîmes à prendre la décision d'autoriser le transfert de l'Enfant à l'Hôpital par un Service d'Urgence.
- ° **AUTORISE** ou **N'AUTORISE PAS** (cocher le rond correspondant)
- l'Hospitalisation de l'Enfant pour une intervention médicale, chirurgicale, y compris avec anesthésie
- les soins non médicaux et non médicamenteux
- ° Demande à être préalablement informé(e) de toutes décisions prises ci-dessus
- **OUI** ou **NON** (cocher le rond correspondant)

° Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins D.T.P.- **OUI** ou **NON** (cocher le rond correspondant)

° **Coordonnées des Personnes à joindre en cas d'urgence** : (précisez domicile – travail – autres)

M/Mme : _____ TEL : _____

M/Mme : _____ TEL : _____

M/Mme : _____ TEL : _____

° **Renseignements indispensables** :

* Nom / Prénom de l'Assuré(e) Social : _____

* N° Sécurité Sociale : _____

* Adresse Centre Sécurité Sociale : _____

* Nom / Réf. Mutuelle Complémentaire : _____

* Nom/Adresse Cie Assurance : _____

* N° de Police ou Contrat : _____

* Nom et Téléphone du Médecin Traitant : _____ TEL : _____

* **Contre-indications médicales** : _____

Fait à : _____

Le : _____

**Signature du ou des Représentants légaux
précédées de la mention : « lu et approuvé »
Merci de renseigner toutes les rubriques**