



**AUTORISATION PARENTALE HOSPITALISATION**  
**ATELIER SPORT CITOYEN**  
**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 des ateliers 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**