



Multitude

CONFERENCE

2018 - Le Havre

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom du participant)

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de la conférence Multitude :
 - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Signature du représentant légal

Fait à :

Le :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM _____

Prénom : _____ Qualité _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____