

**AUTORISATION – DECHARGE PARENTALE**

Je soussigné(e),  
 NOM et Prénom du (ou des) parents

- 1- Autorise mon enfant à participer aux activités de l'aumônerie
- 2- Autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessitées par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).
- 3- Autorise les responsables à transporter mon enfant avec leurs véhicules (ou véhicule loué), lors des activités
- 4- Mon téléphone portable : .....

**RENSEIGNEMENTS**

(indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

Nom et Prénom de l'Assuré social : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Références et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale  
 : .....

Nom et Références de votre Mutuelle complémentaire  
 : .....

Nom et adresse de votre Cie d'Assurance et N° de Police  
 : .....

N° de Police : .....

Adresse Familiale habituelle .....

: .....

Date : .....

A ....., Signature :

PS : je joins à ce document

- La photocopie de carte vitale et de la feuille d'attestation donnant la validité de vos droits
- Photocopie de l'attestation CMU ou de la mutuelle complémentaire

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE :  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*  
**ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE**

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUES		DATES	
	RAPPELS			/
			/	/
			/	/
			/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

		NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM			/ /
			/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RU BÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI								

COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI								

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT ILES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI