



Renseignements médicaux

Dernier rappel BCG : Dernier rappel DTP polio :

Allergies

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Asthme : OUI NON

Autres : OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé qui nécessitent une précaution à prendre :

.....
.....
.....
.....

Autorisation de transfert et d'intervention médicale ou chirurgicale d'urgence

Nous soussignons (nom, prénom),.....agissant en qualité des parents ou de représentant légal autorisons le transfert à l'hôpital ou la clinique mentionné ci-dessus pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence absolue, toute hospitalisation, y compris une anesthésie sur l'enfant

Fait à Choisel, le

Signature des 2 parents

