**Ancienne Frontière Einville football**

**5 Rue Karquel**

**54 370 EINVILLE au Jard**

**Tél : 03-83-72-08-08**

**M@il : afe54370@yahoo.fr**

**Site : http://www.afe.footeo.com**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORISATION DE TRANSFERT  ET D’INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D’URGENCE**  Je soussigné(e),  Père, mère, représentant légal de l’enfant  autorise le transfert à l’hôpital pour que puisse être pratiquée, en cas d’urgence, toute hospitalisation,  intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.   |  | | --- | | Fait à ……………………………………….., le  Signature des parents |   ***CENTRE HOSPITALIER OÙ DOIT ETRE TRANSPORTER L’ENFANT***  Nom de l’hôpital :  Adresse et téléphone :      **AUTORISATION DE SORTIE D’HOPITAL**  Je soussigné(e),  Père, mère, représentant de l’enfant  Autorise les dirigeants de l’association à faire sortir notre enfant de l’hôpital, si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.   |  | | --- | | Fait à ………………………………………, le  Signature des parents | |

**Ancienne Frontière Einville Football**

**5 Rue Karquel**

**54 370 EINVILLE au Jard**

**Tél : 03-83-72-08-08**

**M@il : afe54370@yahoo.fr**

**Site : http://www.afe.footeo.com**

**En cas d’accident grave,** je soussigné(e) …………………………………………., père, mère, représentant légal de l’enfant ……………………………………….…., autorise les dirigeants de l’association à le faire soigner et à faire pratiquer les interventions nécessaires suivant les prescriptions d’un médecin ou à prendre les mesures d’urgence nécessaires.

A …………………………. , le ……………………. Signature des parents

**Autorisation d’anesthésie et d’intervention chirurgicale:**

Je soussigné(e) , responsable légal de l’enfant ………………………………………….

autorise l’anesthésie et l’intervention chirurgicale au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, son état le nécessiterait.

A , le ……………………

Signature des parents

La signature de l’autorisation ci-dessus est facultative. Cependant, elle permet d’éviter d’attendre votre arrivée pour agir. Le temps semble vite long aux enfants.

**PREVENIR**

|  |
| --- |
| Nom : …………… ……………………………… Téléphone : ………………………………………….  Adresse : ………………………………………………………………………………………………….. |
| Nom : …………… ……………………………… Téléphone : ………………………………………….  Adresse : ………………………………………………………………………………………………….. |

Je soussigné(e) …………………………………..…, autorise mon enfant………………………………..….

à participer aux déplacements en voiture particulière.

|  |
| --- |
| Fait à …………………………………………………, le :  Signature des parents |