



COMITE DEPARTEMENTAL DES YVELINES DE NATATION  
45 AVENUE DU GENERAL DE GAULLE -78140 VELIZY

## AUTORISATION PARENTALE 2018/2019

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents.

Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République.

L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné (e), le ou la Responsable légal (e), Monsieur ou/et Madame-----

Adresse-----  
-----

☎ Professionnel -----

🏠 Domicile -----

🏠 Autre -----

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de mon enfant :

Nom ----- Prénom -----

Date de naissance ----- n° de sécurité sociale -----

Personne à joindre en cas d'urgence -----

Fait à ----- le -----

Signature du/des Parents  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

## FICHE DE LIAISON MEDICALE

Cette fiche est destinée à permettre au médecin qui verra éventuellement votre enfant de connaître ses antécédents, les contre-indications éventuelles à un traitement, les problèmes particuliers.

Cette fiche est soumise au secret médical. Elle doit être placée dans une enveloppe fermée, conservée, soit par l'enfant soit par le Responsable du déplacement et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

Nom ----- Prénom -----

Date de naissance -----

Adresse -----

----- Téléphone -----

Club ----- n° de licence -----

Discipline ----- Groupe sanguin -----

---

### Antécédents chirurgicaux

Interventions subies (dates et nature) -----

### Antécédents Médicaux

Maladies infantiles -----

Maladies graves (dates et nature) -----

Antécédents de suivi kiné -----

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses -----

-----

Vaccinations entreprises et dates de celles-ci -----

-----

---

Traitements médicaux en cours (avec si possible photocopie de l'ordonnance)

Traitements kiné

Justificatifs thérapeutiques       Oui                       Non

Remarques que vous souhaitez porter à l'attention du Médecin -----

-----

Personne à prévenir en cas de nécessité