

| |
|--|
| AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE |
|--|

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

ENFANT ou **ADULTE DPAM** :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel :

* soit à votre médecin traitant

* soit au SAMU (Tél : 15)

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

*** Numéro de téléphone ou vous pouvez être joint rapidement :**

☎ Père : _____ ☎ Mère : _____

*** Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami :**

☎ _____ NOM/prénom _____

☎ _____ NOM/prénom _____

☎ _____ NOM/prénom _____

Médecin traitant : _____ ☎ _____

Adresse : _____

Établissement de soins choisi : Hôpital _____ Clinique _____

Je soussigné(e) : Madame _____

Monsieur _____

* autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale et anesthésie nécessaire.

* autorise le responsable de l'établissement à demander l'admission en établissement de soins.

* Un NB : élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date :

Signature du père, de la mère ou du responsable légal



