

AUTORISATION 2022 / 2023

DÉLÉGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom

Nom et adresse du représentant légal

Adresse du représentant légal :

.....

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Numéro de téléphone domicile :Téléphone travail :

Numéro de portable :

Autorise la direction du Centre JF Accueil & Formation, ou son représentant, à prendre toutes les dispositions médicales ou chirurgicales en cas d'urgence concernant la santé de

- Établissement hospitalier souhaité :

- Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Accepte de fournir les renseignements suivants :

Antécédents de maladie : (à détailler) :

.....

Diabète : oui non Allergies : oui non

Crise de tétanie : oui non Hypertension : oui non

Maladie cardiaque : oui non Asthme : oui non

Si oui, la ou lesquelles ? :

Maladie invalidante pouvant entraîner fatigue, lenteur, soins... :

.....

Autres renseignements pouvant intéresser le médecin en cas d'urgence :

.....

.....

.....



Date :

Signature :