



# MAISON FAMILIALE RURALE 85260 I'HERBERGEMENT

## ie médicale et autorisation d'hospitalisation

### JEUNE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Remarques particulières concernant la santé (allergie alimentaire ou médicamenteuse, asthme,...) : **justificatifs à fournir obligatoirement**

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

**Vaccination** : Indiquer la date et le nom des derniers vaccins :

Si votre jeune n'est pas vacciné, indiquer la raison :

## Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné.....(*Nom et prénom du représentant légal*)

autorise le Directeur de la MFR ou de l'Institut à appeler un médecin auprès de mon enfant et autorise, en cas d'urgence, son hospitalisation et éventuellement toutes opérations, y compris chirurgicales, nécessitées par son état.

A.....

Le .....

Signature :

### ❖ Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ (personnel) : ...../...../...../.....

☎ (portable) : ...../...../...../.....

☎ (professionnel) : ...../...../...../.....