**Je soussigné(e) :**

**Responsable de l’enfant :**

**⮚ Autorise, si besoin est, le personnel du périscolaire à prodiguer les premiers soins, à faire appel aux médecins de la commune de Chevannes :**

**⮱ Dr HAUSNER Mathieu OUI NON 🕿 03.86.41.36.61**

**⮱ Dr RANGUET Catherine OUI NON 🕿 03.86.41.34.31**

**⮱ Dr RIBON Nicolas OUI NON 🕿 03.86.41.36.61**

**⮚ Autorise à faire appel aux services hospitaliers :**

**⮱ Hôpital Auxerre OUI NON 🕿 03.86.48.48.48**

**⮱Polyclinique Sainte Marguerite OUI NON 🕿 03.86.46.49.49**

**⮚ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.**

**Date : Signature :**