



Maison des Jeunes et de la Culture
3 rue de Bigorre 65310 Odos
Tél/Fax: 05 62 45 07 42
E-mail: mjc.odos@wanadoo.fr
Site: www.mjcodos.fr

AUTORISATION DE SOINS

En cas d'accident ou de maladie aiguë

NOM : _____ PRENOM : _____

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires,
l'animateur ou l'intervenant de la MJC fera appel :

* soit à votre médecin traitant

* soit au SAMU (Tél : 15)

Et t préviendra votre famille le plus rapidement possible

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

► **Numéro de téléphone de la famille, voisin ou ami :**

NOM : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Téléphone : _____

► **Médecin traitant :** Docteur _____ Téléphone : _____

► **Etablissement de soins choisis :**

HOPITAL _____

CLINIQUE _____

Je soussigné : Monsieur _____ Madame _____

1. Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.

2. Autorise l'animateur ou l'intervenant de la MJC : à demander mon admission en établissement de soins et/ou à me ramener chez moi en cas d'indisponibilité absolue de ma famille.

Fait à : _____

Le : _____

Lu et approuvé + signature :