

# CONSENTEMENT PARENTAL AUX SOINS MEDICAUX

## 1<sup>er</sup> autorité parentale

Je soussigné(e) : Nom :

Prénom :

Demeurant à (adresse complète) :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél professionnel :

Titulaire de l'autorité parentale sur l'enfant (Nom Prénom date et lieu de naissance) :

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant :

Autorise le personnel du SSA à :

⇒ Pratiquer les examens médicaux réglementaires pour une visite d'expertise médicale

⇒ Le recevoir en consultation médicale et à pratiquer ou faire pratiquer les soins jugés nécessaires si besoin

⇒ Réaliser les vaccinations réglementaires déterminées par le calendrier vaccinal des armées à l'issue du temps d'incorporation.

Ce calendrier vaccinal des armées change chaque année

Autorise le personnel du SSA et des établissements militaires fréquentés par mon enfant à :

⇒ Transporter mon enfant au CH de Saintonge (Saintes) ou dans tout autre établissement de santé dans lequel mon enfant aurait rendez-vous

⇒ Récupérer mon enfant au CH de Saintonge (Saintes) ou dans tout autre établissement de santé dans lequel mon enfant aurait rendez-vous

Autorise le personnel du centre hospitalier le plus proche à :

⇒ Le recevoir en consultation médicale et à pratiquer ou faire pratiquer les soins jugés nécessaires si besoin

A \_\_\_\_\_, le  
(Signature)

## 2<sup>ème</sup> autorité parentale

Je soussigné(e), Nom :

Prénom :

Demeurant à (adresse complète) :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél professionnel :

Titulaire de l'autorité parentale sur l'enfant (Nom Prénom date et lieu de naissance) :

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant :

Autorise le personnel du SSA à :

⇒ Pratiquer les examens médicaux réglementaires pour une visite d'expertise médicale

⇒ Le recevoir en consultation médicale et à pratiquer ou faire pratiquer les soins jugés nécessaires si besoin

⇒ Réaliser les vaccinations réglementaires déterminées par le calendrier vaccinal des armées à l'issue du temps d'incorporation.

Ce calendrier vaccinal des armées change chaque année

Autorise le personnel du SSA et des établissements militaires fréquentés par mon enfant à :

⇒ Transporter mon enfant au CH de Saintonge (Saintes) ou dans tout autre établissement de santé dans lequel mon enfant aurait rendez-vous

⇒ Récupérer mon enfant au CH de Saintonge (Saintes) ou dans tout autre établissement de santé dans lequel mon enfant aurait rendez-vous

Autorise le personnel du centre hospitalier le plus proche à :

⇒ Le recevoir en consultation médicale et à pratiquer ou faire pratiquer les soins jugés nécessaires si besoin

A \_\_\_\_\_, le  
(Signature)

*P.S. Si une seule personne est titulaire de l'autorité parentale, veuillez joindre l'éventuelle décision de justice mentionnant cette décision ou tout autre justificatif nécessaire*