

# INFORMATION AU TUTEUR

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE TUTEUR ou CURATEUR le cas échéant

INDICATION SUR LES SOINS ET L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE CADRE D'UNE STRUCTURE OU D'UN SEJOUR DE VACANCES

REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX AVANCES PAR NOUVELLES EVASIONS VOYAGES ADAPTES

Je soussigné,

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Responsable légal du majeur protégé : \_\_\_\_\_

Association de tutelle ou curatelle : \_\_\_\_\_

N° de téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

Durant les séjours

Déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé, pour le séjour de :

\_\_\_\_\_

et pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme **NOUVELLES EVASIONS VOYAGES ADAPTES**.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme si nécessaire.

J'autorise **NOUVELLES EVASIONS VOYAGES ADAPTES** à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'intervention chirurgicale jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée.

J'ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, l'organisme ou le médecin s'efforcera de contacter le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. A défaut, le consentement du majeur protégé suffira.

En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires (art 42C du code de déontologie médicale).

A : \_\_\_\_\_ Signature et cachet :

Le : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_