Autorisation d’Intervention en Cas d’Urgence Médicale

**! Merci de remplir la version française et italienne !**

Je soussigné(e), **[Nom et Prénom du vacancier]**, né(e) le **[Date de naissance]** à **[Lieu de naissance]**, demeurant à **[Adresse complète]**, participant au séjour organisé par **Bullévasion**, autorise expressément ladite agence à :

* Prendre toute disposition jugée nécessaire en cas d’urgence médicale pendant le séjour en Italie
* Contacter les services de secours, les autorités locales et/ou les établissements de santé
* Transmettre mes informations personnelles et médicales aux professionnels de santé si cela est requis
* Informer mes proches en cas de besoin selon les coordonnées fournies ci-dessous.

Je certifie être informé(e) que cette autorisation vise à garantir ma sécurité et ma prise en charge rapide en cas de besoin, tout en dégageant l’agence de toute responsabilité sur les décisions médicales prises par les professionnels concernés.

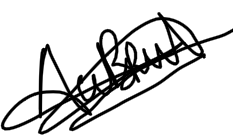
Le séjour se déroulera du **[date de début]** au **[date de fin]**, en Italie à Castello Valsolda.

**Personne à contacter en cas d’urgence** :

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

Lien de parenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à **[Ville]**, le **[Date]**.

Signature du vacancier : Signature de l’agence : 

**Autorizzazione all’Intervento in Caso di Emergenza Medica**

Io sottoscritto/a **[Nom et Prénom]**, nato/a il **[date de naissance]** a **[lieu de naissance]**, residente in **[adresse]**, partecipante al soggiorno organizzato da **Bullévasion**, autorizzo espressamente la suddetta agenzia a:

* adottare tutte le misure ritenute necessarie in caso di emergenza medica durante il soggiorno in Italia;
* contattare i servizi di emergenza, le autorità locali e/o le strutture sanitarie;
* trasmettere le mie informazioni personali e mediche ai professionisti sanitari, se richiesto;
* informare i miei familiari o contatti indicati qui di seguito, in caso di necessità.

Dichiaro di essere stato/a informato/a che tale autorizzazione ha lo scopo di garantire la mia sicurezza e un intervento tempestivo, sollevando l’agenzia da qualsiasi responsabilità in merito alle decisioni mediche prese dai professionisti competenti.

Il soggiorno si svolgerà dal **[Date de début]** al **[date de fin de séjour]**, in Italia.

**Persona da contattare in caso di emergenza**: (personne à contacter en cas d’urgance)

(Nom)Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (téléphone)Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Lien de parenté)Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Fait à)Fatto a **[ville]**, il **[date]**

(signature du vacancier)Firma del turista: (signature de l’agence)Firma dell’agenzia: 