

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom, prénom)
Représentant légal de l'enfant
Autorise
en la personne de son représentant légal à faire pratiquer sur lui toute intervention et soins
d'urgence.

Pour tous problèmes médicaux
Mr ou Mme

fera appel au médecin le plus proche du lieu de l'incident.

Ou un autre praticien dont le nom et son n° de téléphone sont indiqués ci dessous:
.....

En cas de nécessité Mr ou Mme
fera hospitaliser l'enfant au CHU le plus proche du lieu de l'incident.

Si un autre établissement hospitalier est souhaité, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Je désire que l'enfant

Soit hospitalisé à

Fait à

Le

Signature

Personne à contacter en cas d'accidents : Nom, Prénom :
N° de téléphone :