

AUTORISATIONS PARENTALES DE SOINS

NOM DE L'ENFANT:

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL 1:

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL 2:

Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation et d'en fournir une par enfant.

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

*** AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme La Directrice, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le Signature

***AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le Signature

Informations à rajouter

(Exemple: pas de transfusion sanguine, ...)

.....
.....
A....., le Signature