

Autorisation de soins médicaux,  
de soins chirurgicaux et de pratiquer les actes liés à l'intervention,  
Autorisation de transfert

► Je soussigné(e)

NOM : ..... PRENOM : .....

Mère

Père

Représentant légal (Celui des parents qui exerce l'autorité parentale)

Tuteur ou gardien judiciaire (possède une ordonnance du juge des enfants)

► Nous soussignés, représentants légaux (autorité parentale exercée en commun)

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Donne(ons) mon(notre) autorisation pour que tous les examens médicaux, intervention chirurgicale, anesthésie locale ou générale, traitement, ou décision de transfert que les médecins de l'établissement hospitalier (ou de l'établissement dans lequel serait transféré l'enfant) viendrait à considérer comme urgents ou nécessaires pour préparer l'état de santé de mon (notre) enfant dont l'identité suit :

NOM : ..... PRENOM : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature(s) :

Date du dernier vaccin antitétanique : .....

Allergies : .....

.....

Traitement en cours : .....

.....

Régime alimentaire : .....

.....

Observations particulières : .....

.....

.....

Le.....

A.....

Signature du représentant légal :