AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

En cas d’accident grave, toutes les mesures d’urgences seront prises, y compris éventuellement l’hospitalisation.

Je soussigné Monsieur, Madame………………………………………………………………..

 en qualité de père, mère, tuteur

Donne l’autorisation de soigner, d’opérer mon enfant :

Nom……………………………………………………………………………………………………………..

Prénom………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance……………………………………………… âge………………………………….

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour les soins, durant l’hospitalisation et m’engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d’hospitalisation incombant à la famille.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et la fiche sanitaire.

Fait à………………………………………le……………………………………………..

Signature