

Urgences

Médico-chirurgicales

Actualisé le 23 février 2022

Je, soussigné(e).....

autorise le médecin à effectuer [☞] une intervention chirurgicale : oui / non

..... [☞] une anesthésie générale : oui / non

..... [☞] des soins d'urgence : oui / non

nécessités par l'état de santé de mon enfant :

Nom.....Prénom :

Date de naissance | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | |

À

le | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | |

Signature du(des) parent(s)