

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET DES SOINS D'URGENCES

Je soussignée, M. ou Mme :

représentant légal de :

autorise M. ou Mme

- A faire hospitaliser en cas d'urgence,
- A faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU,...),
- A faire soigner dès que son état physique le nécessite,
- A transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur votre enfant

Numéro de téléphone en cas d'urgence

### Informations médicales complémentaires

Votre enfant fait-il des allergies : ☐ OUI - ☐ NON , si oui, lesquelles :

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale : ☐ OUI - ☐ NON , si oui, lesquelles :

Fait à

le

Signature du représentant légal