

HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR
AUTORISATION DE SOINS, TRAITEMENTS,
INTERVENTIONS ET ANESTHESIES



Je soussigné, M, Mme.....

Tél :

Adresse

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable de l'enfant

Nom Prénom..... (de l'enfant)

N° de sécurité sociale :

Donnons l'autorisation aux médecins, chirurgiens à pratiquer :

Transfert aller et retour dans un Centre Spécialisé d'un autre centre Hospitalier

Intervention chirurgicale que nécessite l'état de notre enfant

Réalisation d'une anesthésie locale ou générale

Examens complémentaires et explorations fonctionnelles (endoscopie, cathétérisme cardiaque, etc)

A Le

Signature de la Mère, Signature du Père,

AUTORISATION POUR LA SORTIE D'UN ENFANT MINEUR

J'indique que mon enfant pourra être confié, à sa sortie, à :

Nom : **MUNCH**

Prénom : **Cécilia**

Degré de parenté : Responsable du Stage Perfectionnement Natation organisé par le Comité Régional Handisport Grand Est au Centre Sportif de l'Aube à TROYES

Date Signature