

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 Jeune à Potentiel organisé par le Comité Régional Handisport Grand Est au Centre Sportif de l'Aube à TROYES

Date Signature