

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, le responsable légal, Monsieur-Madame* :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile :

Portable :

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant (coordonnées de l'enfant) :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Personne à joindre en cas d'urgence :

*rayer la mention inutile

Etablie à

Le

Signature du ou des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé »