



**AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTION
EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné.....

◇ Autorise les responsables à prendre toutes les mesures rendues éventuellement nécessaires par mon état ou par celui de mon enfant..... en cas d'accident ou de maladie aiguë à évolution rapide (hospitalisation).

Nom et téléphone du médecin traitant.....

A....., Le.....

Signature