

Autorisation de soins urgents

La présente autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'impossibilité absolue de joindre les parents.

Je soussigné _____ autorise l'hospitalisation de mon enfant,

Nom _____ prénom _____ né le _____

confié à M. _____ assistant(e) maternel(le)

Et à pratiquer en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

Fait à _____ Le _____

Signature des parents