

AUTORISATION PARENTALE

Objet : Autorisation de soins sur un mineur et suite à donner

Je soussigné

Père – Mère – Tuteur (à rayer) agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Date de naissance

N° SS

Autorise, d'une part le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésiste réanimateur, à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.
D'autre part, à pratiquer ou faire pratiquer, tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant dans un Centre hospitalier.
Ainsi que sa sortie après soins et accord du médecin, sous la responsabilité d'un des cadres ou entraîneurs.

Autorise les responsables du déplacement à prendre toutes les décisions qu'il jugera utiles ou nécessaires pendant toute la durée du déplacement.

Fait à le
Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Personne à prévenir en cas d'accident

Nom Prénom

Adresse

Téléphone (mobile) (professionnel et/ou domicile)