

HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR

AUTORISATION DE SOINS, TRAITEMENTS, INTERVENTIONS ET ANESTHESIES

Je soussigné, M, Mme.....

N° sécurité sociale :

Tél : Tel 2 :

Adresse

.....

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable de l'enfant

Nom Prénom..... (de l'enfant)

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 :

FAURE NICOLAS OU ERIC PETIOT

Degré de parenté Aucun CTF ET CTS de Basketball Ligue de Bourgogne

Date Signature

POUR EFFECTUER LA SORTIE AU BUREAU ADMINISTRATIF, SE MUNIR D'UNE PIECE D'IDENTITE