

CANTINE SCOLAIRE - GARDERIES

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'HOSPITALISATION URGENTE

Je soussigné :

Prénom Nom :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Téléphone Travail Mère :

Téléphone Travail Père :

Agissant en qualité de représentant légal des enfants :

NOM	PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	CLASSE
-			
-			
-			
-			
-			

Autorise en cas d'urgence à faire transporter mon (mes) enfant(s) à l'hôpital de GLEIZE pour y recevoir les soins que nécessite son état.

En particulier, j'autorise à faire pratiquer tous les soins ou intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

A _____ le _____

Lu et approuvé,

Signature :