

Je soussigné

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Autorise à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaire en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou autre affection grave, après consultation d'un praticien , au mineur :

NOM et Prénom :

Né(e) le : sexe :

A Saint Paul Trois Châteaux, le201

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé ».

Je soussigné

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Autorise à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaire en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou autre affection grave, après consultation d'un praticien , au mineur :

NOM et Prénom :

Né(e) le : sexe :

A Saint Paul Trois Châteaux, le201

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé ».