

Autorisation parentale d'intervention médicale
(Obligatoire pour les enfants mineurs)

Monsieur (*Père ou Tuteur*) :

Madame (*Mère ou Tutrice*) :

Autorise le transfert par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation et intervention médicale sur notre enfant (*Nom Prénom*).....

Fait à..... Le.....

Signature des parents (*ou représentant légal*).

