



AUTORISATION D'HOSPITALISATION
ou D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Par mesure de sécurité et afin de pouvoir faire pratiquer, en cas d'extrême urgence, tous les soins nécessaires à votre enfant, nous vous demandons de bien vouloir remplir l'attestation ci-dessous (demandé par le service des urgences de l'hôpital).

Je soussigné.....

Demeurant

Tél. Domicile :.....Tél. Portable :

Responsable légal de l'enfant :

Nom.....

Prénom..... Classe.....

Autorise les responsables de l'Institution SEVIGNE à prendre en leur nom toutes mesures nécessaires à la bonne santé de leur enfant (radio, soin, hospitalisation, opération,...).

Fait-le

A.....

Signature :

Contre-indications :

.....

N° de SS sur lequel l'enfant est porté :

Adresse de la Caisse :

Nom et adresse de Mutuelle :

N° Mutuelle :