



Autorisation Parentale **d'Intervention Médicale et/ou Chirurgicale**

Nous, soussignés _____, _____ père et mère ou responsable légal
de l'enfant _____,

Autorisons les encadrants à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en mon absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sur notre enfant.

Fait à _____, le _____.

Signature des parents ou du représentant légal précédée de la mention « lu et approuvé »