

**AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE**

*Pour les familles qui ont plusieurs enfants, préciser le prénom si les informations à fournir ci-dessous sont différentes.*

Je soussigné(e), .....agissant en tant que père, mère, tuteur (rayer la mention inutile)

**AUTORISE**

- Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- Si l'état de mon enfant ne justifie pas le transfert par le SAMU (Centre 15) ou les pompiers (Centre 18), j'autorise son transfert à mes frais par une ambulance si je ne peux aller le chercher moi-même.
- Je m'engage, si son état le permet, à venir chercher mon enfant au moment de la sortie de l'hôpital.

J'atteste que mon (mes) enfant(s) est(sont) à jour de ses (leurs) vaccinations obligatoires.

Noter la date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....  
.....

Nom et téléphone du médecin suivant le/les enfant(s) : .....

A Autrans-Méaudre en Vercors, le .....

Signature obligatoire des parents :