

Pensez à photocopier cet original avant de le remplir. Il peut être téléchargé sur www.cg44.fr.
Il est également disponible à l'Unité agrément ou au relais assistant(es) maternel(les).



Urgences médico-chirurgicales

Je, soussigné

autorise le médecin à effectuer → une intervention chirurgicale : oui / non

→ une anesthésie générale : oui / non

→ des soins d'urgence : oui / non

nécessités par l'état de santé de mon enfant :

Nom.....Prénom

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

À

le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature du(des) parent(s)