

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT MINEUR

Je soussigné(e) (personne exerçant l'autorité parentale) :

Prénom :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Numéro de sécurité sociale:

Autorise le Docteur Clémence Giraudeau à pratiquer les soins d'urgence ou ceux prévus dans le cadre du plan de traitement de l'enfant ci après désigné :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Fait le :

A :

Signature :