



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Nous soussignés,

(1) père, mère, tuteur, responsable de

Autorisons le Directeur de l'accueil ou personne responsable de la sortie à mettre en œuvre, en cas d'urgence, les traitements et interventions chirurgicales (anesthésie comprise) qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires pour la santé de mon enfant.

Acceptons de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours nous incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

(1) rayer les mentions inutiles

A Le

Signatures,

