



AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) : NOM :

Prénom :

Parent(s) ou tuteur légal du mineur :

Né à :

Le :

N° de Sécurité Sociale :

Autorise le corps médical à procéder à toute intervention chirurgicale qui serait rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Fait à :

Le :

Signature :

