

# Autorisation Parentale d'intervention médicale en cas d'accident

Nous, soussignés, .....et ..... agissant en  
qualité de représentants légaux de notre enfant mineur :

Nom, prénom de l'enfant .....

Date de naissance .....

Numéro de sécurité sociale qui couvre les frais de l'enfant .....

autorisons le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du  
diagnostique et toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie/réanimation  
que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Fait à ....., le .....

Signature du Parent 1 précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du Parent 2 précédée de la mention « lu et approuvé »

## **IMPORTANT**

*En cas d'urgence, l'enfant est transporté au Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph situé à Paris*

*14<sup>ème</sup>.*