

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^{ème}.