



AUTORISATION DE SOINS ET D'OPERER

Je soussigné(e) :

Père/Mère et représentant légal de l'enfant :

Résidant à :

.....

.....

Téléphones :

Autorise par la présente en cas de besoin, durant le séjour de d'apaisement se déroulant
du : au :

- Tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire à mon enfant.
- Le responsable de l'association L'ESCALE :
 - A prendre toutes les mesures utiles et notamment l'admission de mon enfant en établissement de soins.
 - A récupérer mon enfant à sa sortie.

Fait à :

Signatures des parents

Le :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :