

Autorisation parentale d'hospitalisation

Je, soussigné, (Nom, Prénom) ,
autorise tous les soins nécessaires à la prise en charge de mon enfant (Nom, Prénom)
.....
au cours du séjour en du au.....
J'autorise les actes d'anesthésie et de chirurgie nécessaires à sa prise en charge.
J'autorise, M..... , à effectuer sa sortie de l'hôpital.

Fait à , le

Signature du Responsable de l'Elève :

