

ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

**Autorisation d'intervention médicale d'urgence:**

Je soussigné(e), .....  
autorise le médecin à pratiquer en urgence tous soins nécessaires et  
éventuellement la pratique d'intervention chirurgicale nécessitant une  
anesthésie générale de mon enfant (indiquer le nom et le prénom de  
l'enfant) .....

Fait à

le

Signature des parents

