

## HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR

### AUTORISATION DE SOINS, TRAITEMENTS, INTERVENTIONS ET ANESTHESIES

Je soussigné, M. Mme..... Tel : .....

Adresse .....

.....

Agissant en qualité de :    Père            Mère            Tuteur            Responsable de l'enfant

Nom..... Prénom.....(de l'enfant)

Donnons l'autorisation aux médecins, chirurgiens à pratiquer :

: Transfert aller et retour dans un Centre Spécialisé d'un autre centre Hospitalier

: Intervention chirurgicale que nécessite l'état de notre enfant

: Réalisation d'une anesthésie locale ou générale

: Examens complémentaires et explorations fonctionnelles (endoscopie, cathétérisme cardiaque, etc)

A ..... Le.....

Signature de la Mère,

Signature du Père,

### AUTORISATION POUR LA SORTIE D'UN ENFANT MINEUR

J'indique que mon enfant pourra être confié, à sa sortie, à :

Nom ..... Prénom .....

Degré de parenté ..... Groupement Sportif Les Gazelles Blinoises

Référent Technique : Trehin Antoine et/ou Nathalie Leroux

Date ..... Signature .....