

ANNEXE 3

AUTORISATION DE TRANSFERT ET D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE



Nous soussignons, Madame et Monsieur

.....
Père et Mère de

l'enfant :

Téléphone père :

Téléphone mère : :

Autorisons le transfert à l'hôpital le plus proche, par les pompiers ou le SAMU, pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.

Nous nous engageons à rejoindre notre enfant le plus vite possible et à assurer le retour par nos propres moyens.

Fait à : Le

Signature du père

Signature de la mère