

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au
cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir
une intervention chirurgicale.

A le

Signature des parents ou du représentant légal

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies,
traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc...) :
.....
.....
.....

Il vous est possible également de transmettre des informations confidentielles au médecin ou à l'infirmière de
l'établissement sous pli cacheté. Ils vous contacteront pour vous proposer la mise en place éventuelle d'un P.A.I.
(projet d'accueil individualisé).

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....