



## AUTORISATION DE DEMANDE D'INFORMATIONS ET COMPTE RENDU D'ORDRE MEDICAL

Je soussigné(e) : .....

Demeurant à : .....

.....

Autorise – Autorisons : Le médecin généraliste de l'Institut Médico-éducatif « La Garenne », sis 61000 – ST GERMAIN DU CORBEIS, à demander auprès des spécialistes et services qui suivent notre enfant ..... toutes les informations et les comptes rendus d'ordre médical qui permettront une meilleure prise en charge médicale, pour la durée de son séjour, par le service infirmerie de l'Institut Médico-éducatif « La Garenne ».

Fait à

Le  
(lu et approuvé)

Signature,