

Autorisation de transmission d'information d'ordre thérapeutique

Je soussigné(e)s NOM : Prénom :

Adresse du domicile :

Parents, Père, Mère, tuteur de l'enfant (Rayer les mentions inutiles)

Nom – Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Actuellement à l'UEMA sis 61 170 LE MELE SUR SARTHE,

Déclare – Déclarent : par la présente autoriser les professionnels du secteur thérapeutique (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, infirmier) de l'UEMA à prendre contact avec l'ensemble des intervenants extérieurs nécessaires (médicaux et paramédicaux). Cela permettra d'effectuer une anamnèse et transmettre des informations complémentaires aux spécialistes concernés.

Fait à

Le,

Signature,

(Lu et Approuvé)