



## AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e)(s) :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

### **Père, Mère, Tuteur de l'enfant**

*(Rayer les mentions inutiles)*

Nom-prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Actuellement à l'Institut Médico Educatif « La Garenne » sis à 61000 - SAINT GERMAIN DU CORBEIS.

Déclare(nt) par la présente autoriser l'Institut Médico Educatif « La Garenne » à pratiquer ou faire pratiquer sur mon fils – ma fille tous soins, vaccinations, traitements et interventions que nécessiterait son état de santé avec, s'il y a lieu, anesthésie générale.

Déclare(nt) que la présente autorisation est valable pour toute la durée du séjour de mon fils – ma fille à l'égard de cet Etablissement et de tout autre Etablissement de soins où l'Institut Médico Educatif « La Garenne » serait amené à évacuer mon fils – ma fille.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

(lu et approuvé)

Signature,