

JPN/SV

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné, M., Mme :

domicilié à :

.....

donne l'autorisation aux Médecins de l'Etablissement de pratiquer ou
faire pratiquer tous soins ou examens médicaux et chirurgicaux

nécessités par l'état de santé de l'enfant :

J'autorise les personnes suivantes à lui rendre visite :

.....

.....

Fait à :

Le

Signature des Parents,