

**AUTORISATION  
POUR DES SOINS MEDICAUX**

Nous soussignés (*Noms et prénoms et qualité (père, mère, autre) des personnes exerçant l'autorité parentale*)

.....

.....

Adresse.....

Code postal .....Ville.....

Téléphone 1.....

Téléphone 2.....

Numéro de sécurité sociale (*numéro de la personne sous lequel est assuré l'enfant*)

.....

autorisons la structure de la Ville de Saint-Brieuc à **transporter ou à défaut faire transporter mon enfant si besoin chez un médecin ou à l'hôpital**

autorisons que tous les actes usuels et courants nécessités par l'état de santé de notre enfant soient réalisés (*exemples : points de suture, plâtre...*)

Nous avons pris connaissance que ce document **ne constitue pas une autorisation de soins générale** (au titre de l'article R1112-34 du Code de santé publique) et qu'il est indispensable que nous **soyons joignables aux numéros indiqués** afin que nous puissions être informés de l'état de santé de notre enfant et consentir, le cas échéant, aux soins (*intervention sous anesthésie générale, hospitalisation*).

Fait à ..... Le .....

Responsable 1

Responsable 2