

## ATTESTATION

Je soussigné Monsieur  Madame  \_\_\_\_\_

Père  Mère  de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise, le médecin consulté en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Pour valoir ce que de droit.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Mention « lu et approuvé »

Signature