



## Autorisation parentale d'intervention médicale ou chirurgicale pour l'année scolaire

**Je, soussigné (Nom, prénom) ....., père ou mère ou tuteur légal,**  
**autorise, les agents du service de restauration scolaire, à procéder au transfert à l'hôpital**  
**par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation,**  
intervention chirurgicale, y compris une anesthésie,  
sur mon enfant (Nom, prénom) .....

Fait à ....., le .....

Signature (OBLIGATOIRE)

*Faire précéder de la mention « lu et approuvé »*