

Observations particulières : (*Observations que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement*)

Allergies, contre-indications :

Régime alimentaire spécial suivi :

Maladies contagieuses :

Traitement médical suivi :

Interventions chirurgicales subies :

Date : Signature du responsable légal :

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e)

autorise l'anesthésie de mon enfant (nom, prénom)

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à..... le

Signature :