

# Autorisation Parentale d'intervention chirurgicale

Assistante Maternelle

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous:

Nous, soussignés,

Monsieur ..... et Madame .....,  
père et mère de l'enfant .....,

**Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que  
puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y  
compris une anesthésie, sur notre enfant .....**

Fait à ....., le .....

Signature des parents

Père

\_\_\_\_\_

Mère

\_\_\_\_\_