FICHE Autorisation d'Hospitalisation

Année 2023-2024

Je soussigné, NOM - Prénom _____

représentant légal de NOM - Prénom _____

autorise, la direction de l'IME de Moulins à faire pratiquer sous contrôle médical les vaccinations obligatoires, et en cas d'urgence, tout transport ambulancier, toute hospitalisation (entrée et sortie) et toute intervention chirurgicale ou soin médical.

Je m'engage, en outre, à payer les factures concernant les soins, les médicaments, les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques, etc... nécessaire à la santé de mon enfant.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signatures des responsables légaux :

Mère Père

ABSA - IME de Moulins
13 chemin de Moulins - 86800 SEVRES-ANXAUMONT
Tél : 05.49.56.50.11 / Fax : 05.49.56.46.83