

AUTORISATION POUR LES COMPTES-RENDUS ET RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Afin de vous aider au mieux dans la coordination des soins de votre enfant, il nous est nécessaire de pouvoir obtenir des comptes-rendus médicaux le concernant.

Si vous êtes d'accord, nous vous demandons de bien vouloir remplir l'encadré ci-dessous :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,
Représentant légal de
<input type="checkbox"/> Autorise
<input type="checkbox"/> N'autorise pas
Le Dr QUAIS ainsi que le service de l'infirmerie à demander directement aux différents professionnels de santé
<input type="checkbox"/> Tous les comptes-rendus médicaux (y compris génétiques)
<input type="checkbox"/> Seulement certains comptes-rendus.
<input type="checkbox"/> Précisez :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,
Représentant légal de
<input type="checkbox"/> Autorise
<input type="checkbox"/> N'autorise pas
à ce que mon enfant soit accompagné pour un rendez-vous médical
<input type="checkbox"/> sans le(s) représentant(s) légal/légaux
<input type="checkbox"/> avec le(s) représentant(s) légal/légaux

Cordialement,

Dr QUAIS

Signatures :

du père

de la mère

autre (précisez votre nom et prénom)