

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'accident et d'urgence

Je soussigné(e),

.....

(Nom et prénom)

autorise le transport de mon enfant.....

.....

au centre hospitalier le plus proche à savoir le Centre Hospitalier de Seclin.

Si non, précisez le nom et l'adresse de l'établissement souhaité :

.....

.....

Date et signature :