

AUTORISATION PARENTALE POUR HOSPITALISATION EN URGENCE D'UN ÉTUDIANT / ÉLÈVE  
MINEUR

\*Document à compléter et à signer par le représentant légal (père, mère, tuteur)

Je soussigné(e), Nom .....

Prénom..... Né(e) le ..... à

.....

Demeurant (adresse précise et complète)

.....

.....

.....

.....

.....

Numéro de téléphone .....

En ma qualité de représentant légal

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... À

..... autorise l'hospitalisation en urgence de cet  
enfant mineur au sein de l'établissement :

-Centre médical Chamrousse

- CHU SITE NORD

-CHU SITE SUD

-Clinique des Cèdres

-Clinique Mutualiste Grenoble

Pour y subir tous les soins que nécessite son état de santé, y compris une éventuelle opération  
chirurgicale avec anesthésie locale ou générale.

Fait à ..... Le .....

« Lu et approuvé, qualité du représentant légal »