



**ASSOCIATION CROQ'MENU
RESTAURANT SCOLAIRE**

**AUTORISATION D'INTERVENTION
CHIRURGICALE D'URGENCE
ANNEE 2020/2021**

Nous soussignés (responsable légal) :

AUTORISONS le chirurgien à pratiquer une intervention chirurgicale, y compris avec anesthésie générale, sur notre (nos) enfant(s) :

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**

EN CAS D'URGENCE.

Fait à

Le

Signature du responsable légal :