



Médecine Préventive Universitaire

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

POUR LES ETUDIANTS MINEURS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ email :

Faculté : _____ N° d'étudiant : _____

En cas d'urgence, un étudiant accidenté ou malade est orienté ou transporté par les services de secours vers la structure la mieux adaptée.

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame (*).....

autorise l'anesthésie de notre fils/fille (*).....

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle (*) aurait à subir une intervention chirurgicale.

A Le

Signature des parents

*Ce document est à rendre **IMPÉRATIVEMENT** sur la chaîne d'inscription.*

(*) Rayer la mention inutile