

Bourg Saint Maurice, le

Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice
Service des Urgences

**AUTORISATION D'OPÉRER
ET D'ANESTHESIER**

Je soussignée, Mme - Mr (nom, prénom) :

Père* – Mère* – Tuteur légal*

donne l'autorisation d'anesthésier et d'opérer l'enfant (nom, prénom) :

Je déclare avoir la responsabilité légale de l'enfant.

Fait le

Signature

* *Rayer la mention inutile*