



## AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné.e : .....

(NOM et Prénom de la Mère)

.....  
(NOM et Prénom du Père ou représentant légal)

autorise

n'autorise pas

l'administration de Bordeaux INP à prendre, en cas d'urgence, toutes dispositions utiles et nécessaires en cas d'accident ou de problèmes de santé survenus à ma fille / mon fils :

NOM et prénom : .....

Né.e le : ..... à .....

N° Sécurité Sociale : .....

Personnes à joindre en cas d'urgence : .....

Tél. : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature du parent 1

Signature du parent 2

ou Signature du représentant légal