

AUTORISATION POUR INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Les étudiants, dont l'état de santé nécessiterait des soins d'urgence, bénéficieraient dans l'immédiat du service des équipes médicales et chirurgicales du Centre Hospitalier de Troyes.

Je soussigné (1) -----

autorise les Médecins et Chirurgiens du Centre Hospitalier de Troyes à pratiquer les examens, traitements et interventions nécessités par l'état de (2) :

Date de naissance : -----

A ----- , le -----

Signature de l'intéressé(e),
Ou du Parent ou du Tuteur

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

- NOM – Prénom : -----

- Lien de parenté : -----

- Adresse : -----

- N° de Tél : -----

- Indiquer le nom et le numéro d'une personne pouvant être jointe par téléphone :

- Nom et adresse, numéro de téléphone du médecin de famille :

(1) Nom – Prénom du Parent ou du tuteur

(2) Nom – Prénom de l'étudiant

} **ÉCRIRE EN LETTRES
D'IMPRIMERIE**