

Regroupement Pédagogique Intercommunal

BROUDERDORFF – SCHNECKENBUSCH

AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné(e).....

AUTORISE

REFUSE

toute opération chirurgicale, anesthésie, radiographie, transfusion jugée nécessaire.

NOM et Prénom du malade :

Parenté du signataire.....

Date :

Signature