

**Regroupement Pédagogique Intercommunal**

**BROUDERDORFF – SCHNECKENBUSCH**

**AUTORISATION DE TRAITEMENT**

**(valable pour toutes les années de fréquentation du périscolaire)**

Je soussigné(e).....

AUTORISE

REFUSE

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

NOM et Prénom du malade :.....

Parenté du signataire.....

Date :.....

Signature