



AUTORISATION PARENTALE

IT250

Je soussigné

Père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant.....
.....

Téléphone:

Domicile.....

Portable.....

Professionnel.....

N° de Sécurité Sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

AUTORISE

L'Hôpital Départemental de Felleries Liessies à réaliser un transport médicalisé vers un autre hôpital, par les services d'urgences, pendant la durée de l'hospitalisation de mon enfant, si son état de santé le nécessite.

NOM.....PRENOM.....

Fait à..... le.....

Signature

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)