

Décharge médicale 2018-2019 :
à remplir pour tous les usagers

M. (responsable légal) :

De l'enfant :

- AUTORISE
- N'AUTORISE PAS

L'EMILA ou la personne désignée à prendre toutes les mesures qui s'imposent, y compris l'hospitalisation si nécessaire

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Nom et coordonnées de la personne à prévenir :

.....

.....

A..... Le.....

Signature des parents :