

# GARDE D’ENFANTS A DOMICILE

**MMe BENABDESSELAM Malika**

**06.38.45.56.45**

**gardeadomicileocom3pomes@gmail.com**

**AUTORISATION DE TRANSFERT ET D’INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D’URGENCE**

Nous, soussignés, Madame et Monsieur :

Père et Mère de l’Enfant

**( ) Autorisons le transfert à l’hôpital** pour que puisse être pratiqué, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.

( ) N’autorisons pas le transfert à l’hôpital Centre hospitalier où doit être transporté l’enfant

Nom de l’hôpital :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fait à Le

 Signature la garde d’enfants à domicile Signature des parents