

GE C2A
27 rue Papin
40500 SAINT SEVER



CASTRATION Maïs Semence - Saison 2025

Autorisation parentale pour intervention médicale

PARENT : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

SALARIE : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur de l'enfant)
_____ né(e) le _____ à _____

autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence et sur avis médical, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur mon enfant.

Fait à _____, le _____

**Signature du ou des représentants légaux,
précédée de la mention « Bon pour accord »**