

**Domicil'Ados**

24 route de Dinard

22490 Langrolay sur rance

Tel :02 96 86 99 59



**AUTORISATION DE SOINS**

Je soussigné(e) : .....

Domicilié(e) : .....  
.....

Père, Mère, Tuteur de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Née le : ..... A : .....

Délègue mes pouvoirs aux responsables du Lieu de Vie et d'accueil « Domicil'Ados » pour faire procéder en mon nom à toutes les vaccinations ou rappels nécessaires et à prendre toutes les décisions dans le cas où l'enfant serait dans l'obligation d'être hospitalisée ou de subir des soins ou une intervention chirurgicale d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, à charge pour les responsables du Lieu de Vie « Domicil'Ados » de me prévenir dans les meilleurs délais.

Cette délégation vaut pour toute la durée de placement de mon enfant au Lieu de Vie et d'accueil « Domicil'Ados ».

Fait à : .....

le : ...../...../.....

Le responsable légal :

