



Soins urgents

Je soussigné

Responsable légal de

Autorise le CNP Saint-Martin à prendre toutes les mesures qui s'imposent afin de le
(la) soigner en cas d'urgence.

J'autorise, par la présente, l'hospitalisation et les soins nécessitant une intervention
chirurgicale sous anesthésie générale et ce, pour la durée de l'hospitalisation dans le
CNP Saint-Martin.

Date :

Signature :

