

Autorisation en vue d'une intervention

Je soussigné[e] [Nom, prénom] certifie être le représentant légal

père* mère* tuteur de l'enfant*

Nom

Prénom

Autorise les membres du service d'anesthésie à pratiquer l'anesthésie pour l'intervention ou l'examen planifié
le / /

J'ai compris toutes les informations et j'ai pu poser toutes les questions qui me préoccupent.

Fait à Bastogne, le / /

Signature



Hôpital Sainte-Thèrese

6600 BASTOGNE

[cocher la bonne réponse]

