



Association O.S.C.A.R.E.

280 impasse des Landes – LIVRY

14240 CAUMONT SUR AURE

Tél. : 02.31.25.08.45 / mail : minuce_9@hotmail.fr

Inscription à la préfecture du Calvados sous le n° 0141001862 / N° SIRET : 43978040400026

AUTORISATION POUR INTERVENTION D'URGENCE

Je soussigné(e), ,
en qualité de Mère, Père, Responsable légal¹ ;

autorise Madame Christine HALLEY, Directrice - Permanente Résidente et les Permanentes Résidentes salariées de l'Association O.S.C.A.R.E. porteuses d'une carte professionnelle à faire pratiquer :

TOUTES INTERVENTIONS qui seront nécessaires pour la santé de mon enfant :

Nom - Prénom : , né(e) le

Sur avis du Médecin attaché à l'Établissement, et m'engage à rembourser les frais de transport en ambulance, pour le cas où ceux-ci ne seraient pas pris en charge par la sécurité sociale.

Nom de l'Assuré :

N° Assuré social :

Caisse d'affiliation :

Adresse Caisse :

N° de téléphone auxquels il est possible de prévenir la famille

Le jour :

La nuit :

Ou en cas d'absence, joindre : M./Mme¹ au

De plus, j'autorise mon fils ou ma fille à quitter l'hôpital ou la clinique en présence de la personne désignée par l'Association O.S.C.A.R.E. pour prendre en charge le jeune au moment de la sortie.

Le à

Signature :

¹ Rayer la ou les mention(s) inutile(s)