



AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE – SALARIE MINEUR

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mlle (1).....
père, mère ou tuteur (1) de l'enfant
né(e) le..... à

Adresse.....

CodePostal :..... Ville :

(1) Rayer la mention inutile

AUTORISE les membres du bureau ou les chefs d'équipes du Groupement d'Employeurs 4 SAISONS, à prendre le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence.

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

Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l'hôpitalde.....ou à la cliniquede

Je souhaite être averti(e) immédiatement aux numéros suivants :

Domicile :

Travail du père :

Travail de la mère :

Portable du père :

Portable de la mère :

N° d'un tiers pouvant intervenir rapidement :

Si votre enfant est allergique (médicaments ou autres) merci de nous le préciser :

.....
.....

Cette autorisation est valable pour la castration des maïs semences pour l'été 2025.

Fait à le

Signature du ou des représentants légaux, précédée de la mention « Bon pour autorisation » :