

AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO



Yo, abajo firmante Sr. ou Sra. :

Representante legal de :

Autorizo un miembro de la ST-Académie ☐ Sí ☐ No

- A hospitalizar en caso de urgencia,
- A avisar en caso de necesidad a los servicios de urgencia (SAMU...),
- A tratar en cuando la situación lo requiera
- A transportar a Urgencias, según la gravedad de la lesión, para que pueda llevarse a cabo, hospitalización, intervención quirúrgica, incluyendo anestesia

Número de teléfono en caso de urgencia :

Informaciones medicas complementarias

Vuestro hijo/a, tiene alguna alergia :

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, cuales :

Vuestro hijo/a, tiene alguna contra-indicación médica :

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, cuales :

En a

Firma del representante legal