

Je soussigné, M. Mme, en temps que :

- Représentant (e) légal (e)
- Père
- Mère
- autre (à préciser)

autorise le personnel médical ou paramédical de la Maison d'Accueil Spécialisée Les Trois Cyprès à prendre toute décision concernant la santé de M. Mlle en cas de problème médical urgent.

Date

Signature