ATTESTATION D'HOSPITALISATION ET SOINS D'URGENCE

Je soussigné(e), M. ou Mme : .....

☐ autorise

☐ n'autorise pas

☐ À me faire hospitaliser en cas d'urgence,
☐ À me faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, samu....)
☐ À me faire soigner dès que mon état physique le nécessite,
☐ À me faire transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Numéro de téléphone : .....

Avez-vous des allergies : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

Avez-vous une contre-indication médicale : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

Le .....

À .....

Signature :