



## AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e), M.....,

Responsable légal (parent ou tuteur) de.....  
(indiquer le nom et prénom de la personne)

donne mon autorisation pour l'anesthésie générale

et l'intervention chirurgicale nécessaires

en date du .....

Fait à Rillieux La Pape, le.....

Signature :