



**AUTORISATION POUR INTERVENTIONS  
CHIRURGICALES**

Nom de l'apprenti : .....

Je soussigné(e) : .....

demeurant à : .....

.....

Téléphone : .....

Père  Mère  Tuteur légal  de l'apprenti

en formation (intitulé)....., à l'UFA Saint-Nicolas à Igny,

Autorise l'administration de l'UFA à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale ou pour une hospitalisation. (L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel le C.F.A. est rattaché à Massy)

A ..... le ...../...../.....  
Signature

**IMPORTANT pour le responsable légal**

Si vous n'avez pas personnellement le téléphone, à quel numéro peut-on vous joindre ?

Nom de la personne ..... Téléphone : .....

En cas de besoin, prévenir : Nom : .....

Téléphone : .....

N° Immatriculation Sécurité sociale : .....