

**AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous :

**Nous**, soussignés père et mère de l'enfant .....

**Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU)** pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant .....

Fait à ....., le .....

Signature des parents

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU VA'A**

Je, soussigné Docteur....., exerçant à....., certifie avoir examiné....., né(e) le.....,

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour,

des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du va'a.

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_/2016

**Signature et cachet du médecin**