

**FICHE D'AUTORISATION DE PREMIERS SOINS  
ET DE TRANSPORT EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné(e) ....., représentant légal de (NOM, Prénom)  
.....

Autorise :

- le personnel de la Communauté de Communes Latitude Nord Gironde à :
  - prendre toute décision urgente nécessaire à la santé de l'enfant
  - prodiguer les premiers soins
  
- Le transport et l'hospitalisation de l'enfant en cas d'urgence

Fait à ....., le .....

Le(s) représentant(s) légal(aux)

(NOM Prénom)

(NOM Prénom)

Signature :

Signature :