

# DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné,..... (Père, Mère)<sup>1</sup>,  
déclare autoriser le professeur des A.M.R. à prendre toutes les dispositions qu'il jugera nécessaires  
pour une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale de mon enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Personnes à prévenir :

.....  
.....

Adresse :

.....  
.....  
.....

Téléphone personnel : ..... Téléphone professionnel : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom et n° de mutuelle : .....

La présidente des A.M.R  
Béatrice GIL

Date : \_\_\_\_\_ signature du responsable précédée de la mention « lu et approuvé »

---

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile