

AUTORISATION PARENTALE POUR HOSPITALISATION EN URGENCE D'UN ÉTUDIANT / APPRENANT MINEUR

*Document à compléter et à signer par le représentant légal
(père, mère, tuteur)*

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Né(e) le à

Demeurant (adresse précise et complète)

.....

.....

Numéro de téléphone

En ma qualité de représentant légal,

Nom

Prénom

Né(e) le

À

autorise l'hospitalisation en urgence de cet enfant mineur au sein de l'établissement :

.....

*Pour y subir tous les soins que nécessite son état de santé, y compris une éventuelle opération
chirurgicale avec anesthésie locale ou générale.*

Fait à

Le

« Lu et approuvé, qualité du représentant légal »

Signature :

Le CHPG collecte vos données personnelles conformément à la politique de protection des données dédiée au personnel. Celle-ci vous informe conformément à la loi monégasque en vigueur et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD). Elle est accessible de manière permanente sur l'intranet et comme indiqué, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, portabilité, d'opposition par voie postale ou en adressant un email à l'adresse dpo@chpg.mc.