



FICHE PERSONELLE CONFIDENTIELLE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

NOM	PRÉNOM
EN CAS D'URGENCE CONTACTER	Personne 1 :
	Personne 2 :
	Téléphone domicile :
	Téléphone portable :
MEDECIN TRAITANT	

AUTORISATION DE TRAITEMENT MÉDICAL OU CHIRURGICAL

Je soussigné(e) _____ demeurant à _____ agissant en
qualité de _____ autorise GM
COUNTRY à prendre, en cas d'accident ou d'affection à évolution rapide, toutes mesures
d'urgence, tant chirurgicales que médicales, y compris éventuellement l'hospitalisation au CHU
Angers ou Clinique de l'Anjou. (rayer la mention inutile)

Date et signature