



## **AUTORISATION** **D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je soussigné, Madame, Monsieur .....  
agissant en tant que parent / tuteur autorise la F.F.T.A. et son représentant légal à  
faire pratiquer sur mon fils / ma fille ..... tout acte médical ou  
chirurgical d'urgence que nécessitera son état.

J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche.

Fait à ..... le .....

(signature)

---