

AUTORISATION D'HOSPITALISATION **SUMMER SCHOOL 2026**

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone : _____

Je soussigné(e), _____

autorise l'ICES à me faire hospitaliser

_____ en cas d'urgence.

L'établissement hospitalier choisi sera :

Centre Hospitalier Départemental de la Roche-sur-Yon (CHD), Les Oudairies, 85000 LA ROCHE-SUR-YON, sauf indications contraires précisées ci-dessous :

Établissement choisi : _____

N° de Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Fait à _____

Le _____

Signature _____