

**AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE
D'URGENCE**

Je, soussigné(e) *[nom, prénom du particulier employeur]* ,
demeurant *[Adresse du particulier employeur]*..... ,
autorise *[choisir entre]* Madame/Monsieur *[identité du salarié]*..... ,
domicilié(e) *[adresse du salarié]* au..... ,
assistant(e) maternel(le) agréé(e),

à appeler les services d'urgences.

Le salarié alerte immédiatement le particulier employeur.

Si une intervention médicale d'urgence y compris une anesthésie est nécessaire, le transport de
l'enfant se fera si possible et de préférence vers le centre hospitalier *[Nom et adresse de l'hôpital choisi]*
.....
ou la clinique *[Nom et adresse de la clinique choisie]*

Fait à, le *[Préciser le lieu et la date]*

Signature du particulier employeur

[L'autorisation est remise au salarié et une copie est conservée par le particulier employeur]