



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

AUTORISATION D'ACCOMPAGNEMENT EN HOSPITALISATION

Je soussigné (e)

Autorise par le présent document Mr / Mme :

Lien de parenté avec le patient :

Pour accompagner le patient :

Hospitalisé dans notre service

Depuis le

Et vu son diagnostic

Nécessite une assistance particulière.

Date : / /

Médecin traitant

Directeur médical

.....

.....