



AUTORISATION D'OPÉRER / AUTORISATION DE SOINS POUR UN PATIENT MINEUR

Une intervention chirurgicale nécessite l'**autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.**

L'autorisation peut toutefois n'être signée que par un seul parent :

– lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale

– lorsque l'un des deux, ne peut être physiquement présent : dans ce cas, une indication doit être inscrite dans le dossier de l'enfant.

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

Avis de l'enfant :

1^{ER} PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL

• Je soussigné(e) :

• étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

représentant(e) légal(e) père mère tuteur tutrice

• donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,

• donne l'autorisation de procéder à tous soins qui seront jugés nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,

• pour l'enfant :

À : Le : / /

Signature :

2^{ÈME} PARENT

• Je soussigné(e) :

• étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

représentant(e) légal(e) père mère tuteur tutrice

• donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,

• donne l'autorisation de procéder à tous soins qui seront jugés nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,

• pour l'enfant :

À : Le : / /

Signature :
