

Autorisation

D'INTERVENTION CHIRURGICALE / D'EXAMEN
POUR PATIENT MINEUR



IDENTITÉ DU

MINEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Téléphone :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Date de l'intervention : / /

Motif :

.....

.....

.....

.....

Une copie du livret de famille, une copie des cartes d'identité des parents / des titulaires de l'autorité parentale et la carte d'identité du mineur doivent obligatoirement être transmises lors de la pré-admission.

En l'absence de signature de cette autorisation par les deux parents / titulaires de l'autorité parentale le matin de l'intervention ou si les documents demandés ne sont pas mis à disposition, celle-ci sera annulée (hors cas d'urgence).

DANS LE CAS OÙ UN SEUL PARENT EST TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, IL VOUS SERA DEMANDÉ DE FOURNIR LA COPIE DU JUGEMENT ET VOTRE LIVRET DE FAMILLE.

ATTESTATION D'AUTORISATION

DES TUTEURS LÉGAUX

Identité parent / Tuteur légal n°1 :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Identité du parent / Tuteur légal n°2 :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Attestent autoriser l'équipe médicale / chirurgicale de la Clinique du Parc à réaliser l'intervention / l'examen prévu(e) sur la personne mineure identifiée, et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris les types d'anesthésie utiles à l'intervention.

Attestent avoir reçu, de la part des médecins, l'ensemble des informations relatives à l'acte chirurgical / à l'examen et au type d'anesthésie, notamment l'information sur les bénéfices et les risques associés.

SIGNATURES DES PARENTS /

TUTEURS LÉGAUX

FAIT LE :

À :

SIGNATURE PARENT / TUTEUR LÉGAL
N°1 :

SIGNATURE PARENT / TUTEUR LÉGAL
N°2 :