

Autorisation parentale

D'OPÉRER UN PATIENT MINEUR



IDENTITÉ DU PATIENT

MINEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de l'intervention : / /

Cas de l'absence d'une signature

En cas d'impossibilité de recueillir l'une des deux signatures, nous vous demandons de bien vouloir renseigner l'attestation sur l'honneur au verso du présent formulaire et de transmettre un justificatif au service des pré-admissions.

SIGNATURE PARENT N°1

FAIT LE :

À :

SIGNATURE :

SIGNATURE PARENT N°2

FAIT LE :

À :

SIGNATURE :

ATTESTATION D'AUTORISATION

PARENTALE D'OPÉRER

L'autorisation parentale d'opérer doit obligatoirement être signée par les deux parents et/ou titulaires de l'autorité parentale du mineur. En l'absence de ces deux signatures, l'intervention ne pourra avoir lieu. Dans le cas où l'une des deux signatures ne peut être recueillie (parent éloigné, destitution de l'autorité parentale, ...) veuillez joindre un justificatif et indiquer le motif au verso du présent formulaire. Pour la réalisation de la pré-admission, veuillez à vous munir impérativement d'une pièce d'identité et de votre livret de famille.

Parent et/ou titulaire de l'autorité parentale n°1 :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ F ☐ M

Mail :

Téléphone :

Atteste autoriser l'intervention prévue à la date précédemment indiquée et avoir été suffisamment informé des modalités de prise en charge, d'intervention et d'anesthésie.

Parent et/ou titulaire de l'autorité parentale n°2 :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ F ☐ M

Mail :

Téléphone :

Atteste autoriser l'intervention prévue à la date précédemment indiquée et avoir été suffisamment informé des modalités de prise en charge, d'intervention et d'anesthésie.