

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Version 2-07/01/2019



Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance : / /

MERCI D'EFFECTUER LA PREADMISSION AVANT LE JOUR DE L'INTERVENTION, AFIN DE FACILITER LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT

Nous, soussignés Père , Mère , Tuteur légal (*) (désignées ci-dessous), certifions être les représentants légaux de l'enfant (désigné ci-dessus) et autorisons l'équipe médico-chirurgicale à opérer de et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à la prise en charge anesthésique.

* cochez l'information juste

L'article 372-2 du code civil

<u>Père</u> Nom : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _ Tél. Portable : ____ _ ____ _ ____ _	<u>Mère</u> Nom (de jeune fille): _____ Nom (Marital) : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _
<u>Tuteur légal</u> Nom : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _ Tél. Portable : ____ _ ____ _ ____ _	<u>Pièces justificatives à fournir :</u> <input type="checkbox"/> Photocopie du livret de famille ou Extrait d'acte de naissance <input type="checkbox"/> Pièce d'identité ou passeport des 2 parents <input type="checkbox"/> Copie du jugement de divorce en cas d'autorité parentale unique (en ce cas, seule la pièce d'identité du parent détenteur de l'autorité est requise)

AUTORISATION DE SORTIE D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR

Nous, soussignés représentants légaux de l'enfant désigné ci-dessus, certifions qu'à la sortie de la Polyclinique, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux ou à une tierce personne désignée.

Date : __/__/__ Signature du père :	Date : __/__/__ Signature de la mère :	Tierce personne désignée Nom : _____ Prénom : _____
--	---	--

Document à rapporter, signé, impérativement le jour de l'intervention. En l'absence de ce document, l'admission ne sera pas possible. A conserver dans le dossier