

# CONSENTEMENT D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Version 4 11/07/2021



**Nom du patient :** .....  
**Prénom :** .....  
**Date de naissance :** ...../...../.....

Merci d'effectuer la préadmission  
au plus tard le jour de la  
consultation d'anesthésie

Nous, soussignés Parent 1  , Parent 2  , Tuteur légal <sup>(1)</sup> (désigné.e.s ci-dessous), certifions être les représentants légaux de l'enfant (désigné ci-dessus). Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale à réaliser l'intervention ..... et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à sa prise en charge anesthésique.

Nous avons bien pris connaissance des informations remises par le chirurgien et l'anesthésiste lors des consultations.

## Parent 1

Nom de naissance : .....  
Nom marital : .....  
Prénom : .....  
Tel. domicile : .....  
Tel. Portable : .....

## Parent 2

Nom de naissance : .....  
Nom marital : .....  
Prénom : .....  
Tel. domicile : .....  
Tel. Portable : .....

## Tuteur légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tel. domicile : .....  
Tel. Portable : .....

## Pièces justificatives à fournir

- Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Pièce d'identité ou passeport des 2 parents
- 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 parent 1 :

Date : ...../...../.....  
Signature du parent 2 :

### Tierce personne désignée :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien de parenté :

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.

(1) Article 372-2 du Code Civil