

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 (1) (*) (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.

(1) L'article 372-2 du code civil

* cochez l'information juste

| | |
|---|--|
| Parent 1 Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _ Tél. Portable : ____ _ ____ _ ____ _ | Parent 2 Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _ Tél. Portable : ____ _ ____ _ ____ _ |
| Tuteur légal Nom : _____ Prénom : _____ Tél. domicile : ____ _ ____ _ ____ _ Tél. Portable : ____ _ ____ _ ____ _ | Pièces justificatives à fournir : <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 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