

# FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Version 3. 13/09/2021



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) (désigné. e. s ci-dessous), certifions être les représentant légaux de l'enfant (désigné ci-dessus) et autorisons l'équipe médico-chirurgicale à opérer de (*nature de l'intervention*) ..... et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à la prise en charge anesthésique.

## 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

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 1 :

**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