

# FICHE DE CONSENTEMENT AUX SOINS POUR UN MINEUR

Version 3 11/07/2022



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

Merci d'effectuer la préadmission  
avant le jour de convocation afin  
de faciliter la prise en charge de  
votre enfant.

Je soussigné(e) :

## 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 : .....

### Admission pour ACTE USUEL Accord d'1 parent obligatoire

Actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).  
**Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre**

### Admission pour ACTE NON USUEL Accord des 2 parents obligatoire

Actes considérés comme lourds (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs). **Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale.**

## Autorise l'admission au sein de la Polyclinique de Limoges de mon enfant :

Date : ...../...../.....

Signature du parent 1 :

Date : ...../...../.....

Signature du parent 2 :

Date : ...../...../.....

Signature du tuteur légal

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.