

AUTORISATION D'OPERER D'UN PATIENT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné ci-dessous :

Identité du mineur ou incapable majeur

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

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique TOUTES AURES à l'opérer de et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention.

Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. **Dans le cas contraire, il est impératif de fournir une copie de la décision lors de votre admission.**

Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax ou voie postale. Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.

Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A, le/...../.....	A, le/...../.....
Signature	Signature

Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent. Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.

PARTIE A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'ABSENCE DE L'UN DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE

Je soussigné (*nom, prénom et qualité*)

.....

Cocher la mention utile :

Atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (*exposer la ou les raison(s)*) :

.....

.....

.....

.....

.....

Atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document

Déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (*nom et prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone fixe ou numéro de téléphone portable*)

.....

.....

.....

.....

.....

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise ne jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

SIGNATURE