



FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERATION CHIRURGICALE OU DE SOINS MEDICAUX POUR LES MINEURS

Ce document doit être signé par les titulaires de l'autorité parentale.

CE DOCUMENT SIGNE EST A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE L'HOSPITALISATION. A DEFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA PAS AVOIR LIEU.

Nous soussignés :

Nom (Parent 1)Prénom

Nom (Parent 2)Prénom

déclare autoriser le chirurgien ou son remplaçant à pratiquer toute intervention, avec ou sans anesthésie, nécessaire pour l'état de santé de, né(e) le

Fait à, le

Qualité du(des) signataire(s) :

PARENTS

Certifie détenir l'autorité parentale :

Conjointement (Parent 1 et Parent 2, même en cas de séparation)

Seul(e) Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve le jour de l'intervention (livret de famille ou décision de justice).

Si la situation familiale est différente, signalez-le le plus tôt possible au médecin en charge de l'hospitalisation.

Signature Parent 1

Signature Parent 2