

AUTORISATION D'OPÉRER POUR UN ADULTE INCAPABLE MAJEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Avis du patient :

JE SOUSSIGNÉ(E)

- Tuteur / tutrice, étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :
Joindre la décision de justice
- donne l'autorisation de procéder à toutes opérations, soins et anesthésies qui seront jugés nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,
- de Mr / Mme :

À :

Le : / /

Signature du tuteur / tutrice :