LA PLAINE santé

AUTORISATION D'OPÉRER / AUTORISATION DE SOINS POUR UN PATIENT MINEUR

Une intervention chirurgicale nécessite ***l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation****.*

L'autorisation peut toutefois n'être signée que par un seul parent :
- *lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale*
- *lorsque l'un des deux, ne peux être physiquement présent : dans ce cas, une indication doit être inscrite dans le dossier de l'enfant.*

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... /..... /.....

Avis de l'enfant : .....

1ER PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL

- Je soussigné(e) : .....
- étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

  ☐ représentant(e) légal(e) ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ tutrice
- donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,
- donne l'autorisation de procéder à tous soins qui seront jugés nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,
- pour l'enfant : .....

À : ..... Le : ..... /..... /.....

Signature :

2ÈME PARENT

- Je soussigné(e) : .....
- étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

  ☐ représentant(e) légal(e) ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ tutrice
- donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,
- donne l'autorisation de procéder à tous soins qui seront jugés nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation,
- pour l'enfant : .....

À : ..... Le : ..... /..... /.....

Signature :