

Autorisation de soins : patient mineur

Date prévue des soins :/...../.....

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le

J'autorise les praticiens du CHNO des Quinze-Vingts à pratiquer tout acte médical nécessité par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge.

Père Mère **ou** Représentant légal

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance

Adresse

.....

Tél

Signature

Père Mère **ou** Représentant légal

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance

Adresse

.....

Tél

Signature

Pièce(s) à fournir :

Carte d'identité d'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale