

Autorisation de soins : patient mineur

Date de l'hospitalisation :/...../.....

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

L'absence de signature entraîne l'annulation de l'intervention (sauf en cas d'urgence).

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le

J'autorise les praticiens du CHNO des Quinze-Vingts à pratiquer tout acte médical, chirurgical et/ou anesthésique nécessité par l'état de santé de mon enfant mineur.

J'ai été informé des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

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 à votre arrivée dans l'unité de soins :

Carte d'identité des deux parents

Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille, copie du jugement sur l'autorité parentale, etc.)