

POUR LES PATIENTS MINEURS **OU SOUS TUTELLE**

PATIENT MINEUR ET SOUS TUTELLE : AUTORISATION D'OPERER

Identité patient mineur ou sous tutelle :

Nom : Prénom(s) :

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

Intervention : Date de l'intervention :/...../.....

Pour les patients mineurs :

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

A défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devrez en apporter la preuve (livret de famille, attestation de jugement).

Représentant légal 1 :

Nom :

Prénom :

Fait le :/...../.....

Signature :

Représentant légal 2 :

Nom :

Prénom :

Fait le :/...../.....

Signature :

L'article 372-2 du code civil précise : *Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentant légaux. Les parents exercent en commun l'autorité parentale.*

Pour les patients sous tutelle :

Tuteur légal :

Nom :

Prénom :

Fait le :/...../.....

Signature :

PATIENT MINEUR ET SOUS TUTELLE : AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné

Représentant légal 1 Représentant légal 2 Tuteur légal

Autorise l'enfant ou la personne sous tutelle à être remis à la sortie de l'hospitalisation à :

Nom, prénom et lien de parenté :

(Joindre la photocopie d'une pièce d'identité)

Annexe : document pour la préparation préopératoire.