

Ce formulaire s'applique exclusivement aux patients mineurs ou aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de tutelle.


AUTORISATION D'OPERER

Identité du patient mineur ou du majeur faisant l'objet d'une mesure de tutelle :

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____/____/____

Intervention : _____ Prévues le : ____/____/____

 **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).

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.*

Représentant légal 1 ou tuteur légal :

Nom : _____

Prénom : _____

Fait le : ____/____/____

Signature :

Représentant légal 2 :

Nom : _____

Prénom : _____

Fait le : ____/____/____

Signature :

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)