

Autorisation d'opérer un patient mineur (ou majeur protégé)

Document concernant l'enfant

NOM :
Prénom :
Née le :

Je soussigné(e), certifie être représentant légal de l'enfant (ou du majeur protégé) désigné ci-dessus
Autorise l'équipe médicochirurgicale de la clinique Saint-Jean à pratiquer l'intervention :

le

Et à utiliser les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Mère
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :

ET

Père
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :

OU

Tuteur
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :

Le consentement des deux parents titulaires de l'autorité parentale est requis.
Article de référence : Art. 371-1, 372 et 372-2 du Code civil et Art R. 1112-35 du Code de Santé Publique.