AUTORISATION CONCERNANT LES MINEURS

Intervention chirurgicale, examens, transports, sortie

Je soussigné, (Père), Monsieur ……

Je soussignée, (Mère), Madame ……...

Domicile :

……..……

Je soussigné, (Tuteur) ……..

Autorise(nt) les Médecins du Service de Chirurgie Ambulatoire :

Mme le Pr Marie-Laure MARTIN-NEGRIER

A pratiquer toute intervention chirurgicale et examens complémentaires nécessaires (sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale) sur la personne de mon

Enfant mineur ……, né le ……

Ainsi qu'éventuellement tout déplacement dans un autre établissement (pour consultation ou transfert ou mutation).

La personne indiquée ci-dessous est habilitée à effectuer la sortie de mon enfant à l'issue de son hospitalisation.

Nom, Prénom de cette personne ……

Lien de parenté avec l'enfant …….

(1) Rayer la mention inutile

Fait à ……..le, ……

Signature du Père Signature de la Mère Signature du Tuteur

N.B. : * Dans le cas de parents divorcés, le Père ou la Mère ayant la garde de l'enfant devra fournir un justificatif.

* En cas d'autorité parentale conjointe, l'autorisation écrite des deux parents est obligatoire.