

**AUTORISATION D'OPÉRER ET D'ANESTHÉSIEUR POUR PATIENT MINEUR (\*1)**



57 Avenue du Berry - 23000 GUERET  
Tel: 05-55-51-89-10  
Fax: 05-55-51-88-99

Nom de naissance du patient : \_\_\_\_\_

Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date d'intervention : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cette autorisation est **OBLIGATOIRE** pour les mineurs, y compris pour les interventions sous anesthésie locale. Elle est donnée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation, ou par le parent titulaire de l'autorité parentale unique ou par le tuteur légal. Les signataires de cette autorisation ont été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LA PROCÉDURE D'OPÉRER ET D'ANESTHÉSIEUR DU MINEUR**

Le patient mineur consent à l'intervention et/ou à l'anesthésie.

Information sur anesthésie et analgésie donnée au patient par le praticien

**AUTORITE PARENTALE CONJOINTE**

Nous, soussignés, .....

( NOM, Prénom du père)

(NOM,Prénom de la mère)

titulaires de l'autorité parentale de l'enfant : NOM, Prénom .....

autorisons, à la suite des informations données par les praticiens, l'intervention et/ou l'anesthésie et/ou les actes médicaux nécessaires au traitement de l'affection qu'il présente.

Signature du père :

Signature de la mère :

ET

Cas particulier :

Si vous êtes parent isolé, sans nouvelle de l'autre parent (mais ayant l'autorité parentale conjointe), il vous sera demandé :

- Une copie de votre pièce d'identité ;
- Une copie du livret de famille
- Une preuve que vous exercez seul(e) l'autorité parentale

**AUTORITE PARENTALE UNIQUE OU TUTORAT**

Je soussigné(e), père, mère , tuteur légal (barrer la mention inutile) .....

(NOM, Prénom)

parent titulaire de l'autorité parentale unique ou tuteur légal\* de l'enfant : NOM,Prénom .....

autorise, à la suite des informations données par les praticiens, l'intervention et/ou l'anesthésie et/ou les actes médicaux nécessaires au traitement de l'affection qu'il présente.

Signature :

\*Joindre la photocopie du jugement du juge aux affaires familiales.

**AUTORISATION DE SORTIE DU MINEUR**

En cas d'absence d'un des deux titulaires de l'autorité parentale ou absence du titulaire de l'autorité parentale.

Je soussigné(e) : (NOM, Prénom) ..... autorise mon enfant à être remis à la sortie de l'hospitalisation à :

un des titulaires de l'autorité parentale : Mme et/ou M. : .....

à une autre personne, Mme et/ou M. : .....

(joindre la photocopie d'un justificatif d'identité)

Date et signature :

(\*1) Le formulaire doit être complété par les deux parents. Si l'un des deux titulaires de l'autorité parentale n'est pas présent lors de la programmation de l'intervention chirurgicale, je, Père ou mère, précise le motif d'absence du parent absent et m'engage à le prévenir de l'hospitalisation de notre enfant dans les meilleurs délais.

Motif d'absence de signature d'un des parents : .....