

AUTORISATION DE PRATIQUER UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, UNE ANESTHESIE, DES EXAMENS D'IMAGERIE MEDICALE ET DES ACTES INVASIFS

Cette autorisation est **obligatoire** pour les mineurs et les majeurs protégés, 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.

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 examens(s) d'imagerie et/ou acte(s) invasif(s) nécessité(es) par l'état de santé de notre enfant ou du majeur protégé.

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 copie de la lettre au Procureur de la République demandant l'autorisation d'opérer ;
- le dernier numéro de téléphone connu du parent sans nouvelle (Article 371.1 du Code Civil).

En l'absence des deux signatures, l'intervention sera reportée jusqu'à leur obtention.

AUTORITE PARENTALE UNIQUE OU TUTORAT

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal (barrer la mention inutile) parent
(NOM, Prénom)

titulaire de l'autorité parentale unique* ou tuteur légal* de l'enfant ou du majeur protégé :

NOM, Prénom

autorise, à la suite des informations données par les praticiens, l'intervention et/ou l'anesthésie et/ou examens(s) d'imagerie et/ou acte(s) invasif(s) nécessité(es) par l'état de santé de l'enfant.

Signature :

* Joindre la photocopie du jugement du juge aux affaires familiales

AUTORISATION DE SORTIE DU MINEUR

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'une pièce d'identité : carte d'identité, passeport)

ambulancier ou taxi :

Date et signature :