

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**.

• **Médecin traitant de l'enfant / majeur protégé :**

- **NOM :**
- **Adresse :**
- **Téléphone :**

1 | AUTORITE PARENTALE CONJOINTE

Fait le :

Nous, soussignés,ET.....
(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.

Signature du père :

ET

Signature de la mère :

Merci de nous fournir en complément de ce document :

- *une copie de vos pièces d'identité ;*
- *une copie du livret de famille*

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.

2 | AUTORITE PARENTALE UNIQUE

Je soussigné(e), père, mère, (*barrer la mention inutile*) (*NOM, Prénom*)

Parent titulaire de l'autorité parentale unique* de l'enfant : *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

N.B : Si la vie de l'enfant est en danger, le chirurgien et l'anesthésiste gardent le droit de décision, suivant le code de déontologie médicale



3 | 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 :

4 | MAJEUR SOUS TUTELLE

Je soussigné(e), (NOM, Prénom)

tuteur de (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 du majeur sous tutelle.

Signature du tuteur :

Signature du patient :