



AUTORISATION D'OPERER D'UN MINEUR OU D'UN MAJEUR PROTEGE (tutelle)

Art R1112-35 du code de la santé publique

**CE DOCUMENT SIGNE EST A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE L'HOSPITALISATION.
A DEFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA PAS AVOIR LIEU ;**

Je soussigné (cocher la ou les mention(s) utile(s)) :

- Mère (nom et prénom) :
Titulaire de l'autorité parentale
- Père (nom et prénom) :
Titulaire de l'autorité parentale
- Tuteur = Responsable légal d'un majeur protégé (nom, prénom) :

Demeurant (adresses) :
.....

Donne mon plein consentement pour la réalisation du ou des actes médicaux nécessaires dans le cadre de la prise en charge de (nom du mineur ou du majeur protégé)..... lors de son hospitalisation prévue le __ / __ / __ à la Clinique PASTEUR (EVREUX)

Fait le : __ / __ / __ à

Signature du père

Signature de la mère :

Signature du Tuteur :

A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'ABSENCE DE L'UN DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE (lors de la consultation chirurgicale)

Je soussigné (nom, prénom et qualité) :

Cocher la mention utile :

- m'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pas pu être présent lors de la consultation médicale ou pré-anesthésique et à le restituer lors de l'hospitalisation
- atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (exposer la ou les raison(s)) :
- atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.
- déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (nom et prénom, adresse postale, email, téléphone fixe ou mobile).

Je confirme être informé(e), qu'hors situations renseignées ci-dessus, qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court terme ou moyen terme.

SIGNATURE :

Si l'un des deux parents est éloigné, vous pouvez transmettre ce document signé, avant la date de l'intervention par mail à l'adresse : accueil@clinique-pasteur.fr, par fax au 02.32.38.57.78