

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERATION CHIRURGICALE OU DE SOINS MEDICAUX POUR LES MINEURS

Ce document doit être signé par les titulaires de l'autorité parentale.

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

Nous soussignés :

Nom (Parent 1)Prénom

Nom (Parent 2)Prénom

déclare autoriser le chirurgien ou son remplaçant à pratiquer toute intervention, avec ou sans
anesthésie, nécessaire pour l'état de santé de,
né(e) le

Fait à, le

Qualité du(des) signataire(s) :

PARENTS

Certifie détenir l'autorité parentale :

☐ **Conjointement** (Parent 1 et Parent 2, même en cas de séparation)

☐ **Seul(e)** Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve le
jour de l'intervention (livret de famille ou décision de justice).

Si la situation familiale est différente, signalez-le le plus tôt possible au médecin en charge
de l'hospitalisation.

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Si l'un des deux parents est éloigné, vous pouvez transmettre ce document signé, au minimum 48h
avant la date de l'intervention :

- par mail à l'adresse pread@clinique-anjou.fr,
- par téléchargement, dans l'espace dédié du formulaire de préadmission, sur le site internet
www.clinique-anjou.fr