Clinique des Cèdres

AUTORISATION DE SOINS et/ou D'OPERER

☐ PATIENT MINEUR ☐ MAJEUR SOUS TUTELLE

Je soussigné(e) M. Mme

Nom : …… Prénom ……

Représentant légal de : ❑Père ❑Mère ❑Tuteur

❑ L'enfant Nom ……

Prénom…… né(e) le : ……

❑ M… Nom …… *(*Personne sous tutelle)*

Prénom…… né(e) le : ……

❑ Donne au Dr …… l'autorisation :

- de pratiquer tous les examens et soins médicaux et paramédicaux nécessaires à son état de santé.
- **de l'opérer**[(1)] le …… (date de l'intervention)
  nature de l'intervention ……
- d'organiser son transfert vers un autre établissement, nécessité par son état de santé.

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) [(1)] Signature du tuteur

Père Mère

Date : Date : Date :

[(1)] Sauf situation d'urgence ou situation particulière [(2)] les actes invasifs tels **l'anesthésie** et **l'opération chirurgicale** nécessitent **la signature des 2 parents lorsque l'autorité parentale est conjointe** même en cas de séparation.

EN CAS DE NON SIGNATURE PAR LES DEUX PARENTS
L'ADMISSION DE VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCEPTEE

(2) situation particulière : ☐ absence d'adresse ☐ parent hors d'état de s'exprimer ☐ parent décédé ☐ privation des droits parentaux ☐ mineur émancipé