

# Autorisation de soins : patient mineur

Date prévue de l'hospitalisation : ...../...../.....

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le .....

J'autorise les praticiens du CHNO des Quinze-Vingts à pratiquer tout acte médical, chirurgical et/ou anesthésique nécessité par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de son hospitalisation.  
J'ai été informé des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/> Représentant légal	
NOM .....	
Prénom.....	
Tél .....	
Signature	Date : ...../...../.....

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/> Représentant légal	
NOM .....	
Prénom.....	
Tél .....	
Signature	Date : ...../...../.....

**Pour un mineur, l'autorisation d'opérer des deux parents est obligatoire et doit donc être signée par les deux parents (article R1112-35 du Code de la santé publique).**

Pièce(s) à fournir à votre arrivée dans l'unité de soins :

Patient mineur

Carte d'identité des deux parents

Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille, copie du jugement sur l'autorité parentale, etc.)