



**3**

## Autorisation d'opérer un patient mineur (ou majeur protégé)

**Enfant**       **Majeur protégé** (cochez la case correspondante)

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le :    /    /

Je soussigné(e), certifie être représentant légal de l'enfant (ou du majeur protégé) désigné ci-dessus.

Autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs. Les signataires reconnaissent avoir été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

**Motif d'intervention** : .....

**Date d'intervention** : .....

Et à utiliser les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père
NOM : .....
Prénom : .....
Tél. domicile : .....
Tel. Portable : .....
Date :    /    /
Signature

ET

Mère
NOM : .....
Prénom : .....
Tél. domicile : .....
Tel. Portable : .....
Date :    /    /
Signature

OU

Tuteur
NOM : .....
Prénom : .....
Tél. domicile : .....
Tel. Portable : .....
Date :    /    /
Signature

**L'autorisation doit être signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale.** Elle peut toutefois n'être signée que par un seul parent lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale.