



Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

*Document à rapporter  
impérativement complété et signé  
le jour de l'intervention*

Nous certifions être les représentants légaux de l'enfant / tuteur du majeur sous tutelle désigné et attestons de l'exactitude des renseignements fournis ci-dessous.

Au cours de la consultation avec le Docteur ....., il a été convenu que notre enfant / majeur sous tutelle devait être opéré dans votre établissement le ..... / ..... / .....

A cet effet, nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la clinique Pasteur à opérer notre enfant / majeur sous tutelle et nous reconnaissons avoir été informés de la décision d'intervention chirurgicale.

<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2	<input type="checkbox"/> Tuteur
NOM : .....	NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....	Téléphone : .....
Signature :	Signature :	Signature :

☞ Pour un mineur, si les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale, **la signature des deux parents est obligatoire** (article R1112-35 du Code de la santé publique).

☞ Dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice ou de l'acte de naissance de l'enfant.

☞ En cas d'absence d'une ou des signatures : demander de faire adresser sans délai le document d'autorisation signé par le parent/tuteur manquant.



**En cas de refus de l'un des parents/tuteur ou de l'absence de signature de ce document, l'intervention ne pourra avoir lieu.**