

Nom et prénom du patient :

Intervention prévue le :

	OUI	NON
Le patient est-il sous Tutelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est-il mineur au moment de l'intervention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous, soussignés,

Monsieur

Madame

parents représentant(s) légal(aux)* du patient,

autorisons le chirurgien, Docteur à pratiquer l'intervention chirurgicale nécessaire à l'état de santé de ce patient.

Signatures des deux parents :

NB : En cas d'autorité parentale partagée, la signature des 2 parents est obligatoire - Loi n°2002-305 du 4 mars 2002

Père

Mère

ou

Signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

NB : Concernant les mineurs dont les représentants légaux ne sont pas les parents, la copie de la décision de justice vous sera demandée et jointe au dossier du patient.

Nom de la personne qui viendra chercher l'enfant :