

HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR

AUTORISATION DE SOINS, TRAITEMENTS, INTERVENTIONS ET ANESTHESIES

Je soussigné, M, Mme..... Tél :

Adresse

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable de l'enfant

Nom Prénom..... (de l'enfant)

Donnons l'autorisation aux médecins, chirurgiens à pratiquer :

- Transfert aller et retour dans un Centre Spécialisé d'un autre centre Hospitalier
- Intervention chirurgicale que nécessite l'état de notre enfant
- Réalisation d'une anesthésie locale ou générale
- Examens complémentaires et explorations fonctionnelles (endoscopie, cathétérisme cardiaque, etc)

A Le

Signature de la Mère,

Signature du Père,

AUTORISATION POUR LA SORTIE D'UN ENFANT MINEUR

J'indique que mon enfant pourra être confié, à sa sortie, à :

Nom PERRIGAULT Prénom FABIEN

Degré de parenté Aucun CTS de Basket

Date Signature

POUR EFFECTUER LA SORTIE AU BUREAU ADMINISTRATIF, SE MUNIR D'UNE PIECE D'IDENTITE