



## AUTORISATION D'OPERER UN ENFANT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR

Nous certifions être les représentants légaux (ou tuteurs) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné et attestons chacun en ce qui le nous concerne de l'exactitude des renseignements fournis ci-dessous :

Identité du mineur ou incapable majeur

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

La mère de l'enfant  
ou autre détenteur de l'autorité parentale  
ou tuteur (incapable majeur)

Nom : .....

Prénom : .....

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

Immatriculation sécurité sociale :  
.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Le père de l'enfant  
Ou autre détenteur de l'autorité parentale  
Ou tuteur (incapable majeur)

Nom : .....

Prénom : .....

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

Immatriculation sécurité sociale :  
.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la clinique des Ormeaux à opérer notre enfant et nous reconnaissons avoir été informés de la décision d'intervention chirurgicale.

La **signature des deux parents** est **obligatoire** ainsi que la copie de leur carte d'identité et du livret de famille.

En cas de limitation de l'exercice de l'autorité parentale, il est impératif de nous fournir une copie de la décision judiciaire lors de l'admission.

Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Mère ou autre détenteur de l'autorité  
Parentale ou tuteur

A : .....

Le : ...../...../.....

Signature

Père ou autre détenteur de l'autorité  
Parentale ou tuteur

A : .....

Le : ...../...../.....

Signature

**En cas de refus de l'un des parents ou de l'absence de signature de ce document, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale (article R1112-35 du code de la santé publique).**