

Étiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

*Avant l'hospitalisation
à remettre à l'entrée du service*

Autorisation de soins et/ou d'intervention d'un mineur

Je (nous), soussigné(e)s (parent, représentant légal) :

Atteste (attestons) avoir été informé(s) et donne (donnons) l'autorisation de pratiquer sur le (la) patient(e) :

Nom :

Prénom :

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

tous soins, examens, investigations, interventions chirurgicales et anesthésies nécessités par son état.

Date/...../.....

Signature (parent 1, représentant légal) :

Signature (parent 2, représentant légal) :