

AUTORISATION DE SOINS D'UN ENFANT MINEUR

Je soussigné(e) :

Monsieur..... père

Madamemère

de l'enfant :né(e) le :

certifie avoir été informé(e) par le(s) docteur(s)

.....

Des soins que l'état de santé du patient nécessite et déclare autoriser :

- les soins médicaux et paramédicaux,
 - les bilans sanguins et radiologiques,
 - les soins d'anesthésie et de chirurgie,
 - et si nécessaire de transfusion sanguine,
- sur l'enfant cité ci-dessus.

Date

Signatures*

Père

Mère

Tuteur légal

*si la garde de l'enfant est conjointe, une seule signature, de la mère ou du père, est nécessaire.

* dans le cas où la garde est donnée à un ou l'autre, le parent ou le tuteur désigné par jugement devra signer cette autorisation et seul ce dernier sera pris en considération.