

 	<h2>Enregistrement</h2>	Date de création : 14/05/2007 Date de révision : 09/04/08
	CONSENTEMENT A L'ACTE MEDICAL SUR UN MINEUR OU MAJEUR PROTEGE SANS FACULTÉ DE DISCERNEMENT OU UNE CERTAINE MATURETE ET EXPRESSION DE LA VOLONTE DU MINEUR DE PLUS DE 15 ANS	P01EN01/B

Pour le parent accompagnant ou le tuteur

Je soussigné (e) Mme/ Mlle/ M (nom –prénom).....
né (e) le .../.../....

Demeurantdéclare avoir été informé (e), lors de l'examen du .../.../... par le Dr..... du déroulement de l'intervention proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention. Et donc consens au traitement chirurgical et anesthésiste qui sont proposés pour mon enfant ou l'enfant sous tutelle.

JE DECLARE

exercer en commun avec Mme / Mlle / M.....l'autorité parentale sur.....(nom – prénom du mineur).

Attention il vous sera demandé à l'entrée l'autorisation de l'autre parent signée. Sans cette autorisation, votre enfant ne pourra être opéré.

être seul investi de l'autorité parentale.

être le tuteur chargé de représenter le mineur ou le majeur dans tous les actes de la vie civile

Fait à, le.....

Signature du père précédée de la mention « lu et approuvé »»

Signature de la mère précédée de la mention « lu et approuvé »

Expression de la volonté personnelle du mineur (adolescent) :

Je soussigné (e) Mlle/ M (nom –prénom).....
né (e) le .../.../....

Demeurantdéclare avoir été informé (e), lors de l'examen du .../.../... par le Dr..... du déroulement de l'intervention proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention. Et donc consens au traitement chirurgical et anesthésiste.

Signature de l'adolescent de la mention « lu et approuvé »

Pièces jointes : copie du livret de famille - copie de la carte d'identité des parents et du mineur adolescent si plus de 15 ans