

Pour les patients mineurs (< de 18 ans) et patients sous tutelle

Je soussigné(e)

Nom.....Prénom.....

EN QUALITE :

Titulaire de l'autorité parentale

- Père**
- Mère**
- Tuteur légal**
- Autre (autorisation de et/ou des titulaires de l'autorité parentale)**

Donne l'autorisation de pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs que le médecin viendrait à considérer comme nécessaires ou urgentes pour **(l'enfant) :**

Nom.....

Prénom.....

Admis au Centre Hospitalier de Gonesse

le...../...../.....

Fait à :..... le/...../.....

Signature (des deux parents /titulaires de l'autorité parentale)