CHAMPEAU Méditerranée

③

Autorisation d'opérer un patient mineur (ou majeur protégé)

☐ **Enfant** ☐ **Majeur protégé (**cochez la case correspondante)

Nom : ..... Prénom : .....Né(e) le : / /

Je soussigné(e), certifie être représentant légal de l'enfant (ou du majeur protégé) désigné ci-dessus.

Autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs. Les signataires reconnaissent avoir été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

Motif d'intervention : .....

Date d'intervention : .....

Et à utiliser les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père		**Mère**
NOM :		NOM : .....
Prénom :		Prénom : .....
Tél. domicile :	**ET**	Tél. domicile : .....
Tel. Portable :		Tel. Portable : .....
Date : / /		Date : / /
Signature		Signature

OU

Tuteur
NOM : .....
Prénom : .....
Tél. domicile : .....
Tel. Portable : .....
Date : / /
Signature

L'autorisation doit être signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale. Elle peut toutefois n'être signée que par un seul parent lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale.

SA Champeau/Méditerranée **Groupe AXE SANTE**
32, avenue Enseigne Albertini - 34500 Béziers
04 67 09 19 20/ - 04 67 30 62 09
contact@clinique-champeau.fr
Site : www.clinique-champeau.fr