

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR

Attention : En cas d'opération, ce document ne remplace pas le formulaire d'autorisation d'opérer un mineur remis par le praticien. L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

IDENTITE DU PATIENT MINEUR

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Médecin en charge de l'hospitalisation :

Date d'hospitalisation :

IDENTITE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°1

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.

Fait le :

À :

Signature :

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°2 (Facultatif)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.

Fait le :

À :

Signature :

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité, **par fax ou voie postale**. Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.

Ce document doit être impérativement signé par le détenteur de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation du patient mineur .

MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER