

# AUTORISATION DE SOINS POUR PERSONNE MINEURE, OU PERSONNE MAJEURE PROTÉGÉE



IP DPU 62 v5 du 26.04.19

***Je soussigné(e)s, déclare(nt) sur l'honneur être le(les) représentant(s) légal(aux) de l'enfant / majeur protégé :***

Nom du patient : .....

Prénoms du patient : .....

Date de naissance du patient : ...../...../.....

Autorise(nt) les médecins, chirurgiens et anesthésistes à effectuer pour cette personne les investigations et examens qu'ils jugent utiles, et à mettre en œuvre les traitements ou à pratiquer les actes anesthésiques et interventions chirurgicales qu'ils estimeraient nécessaires.



## Représentant légal n°1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Tel : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Signature :

## Représentant légal n°2

Nom : .....

Prénom : .....

Tel : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Signature :



Toutes les interventions chirurgicales ainsi que tous les actes invasifs devant être pratiqués sur un mineur nécessitent **l'accord et la signature des deux titulaires de l'autorité parentale**. Si l'un des parents n'est pas joignable ou que l'un d'entre eux refuse de signer ce document, il ne peut être procédé à aucune intervention hors le cas d'urgence (articles R1112-35 et R4127-42 du code de la santé publique).

## Tuteur à la personne / Curateur / Mandataire judiciaire\*

Nom : .....

Prénom : .....

Tel : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Signature :

\*Rayer les mentions inutiles et fournir une copie du mandat de représentation.