

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.

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom :
Prénom : Date de naissance :
Médecin en charge de l'hospitalisation :
Date d'hospitalisation :

AUTORITÉ 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 :
A :
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 :
A :
Signature :

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

