CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE

AUTORISATION D'OPERER

Etiquette patient

J'autorise/nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale à anesthésier, à opérer ou à pratiquer les soins nécessité par l'état de mon/notre enfant mineur ou majeur protégé.
Je certifie/nous certifions avoir été informé(s) par le praticien et avoir reçu des réponses satisfaisantes à mes/nos questions.

❒ **L'acte chirurgical concerne un <u>MINEUR</u>** :
Je soussigné(e)/ Nous soussignons
Parent 1, Madame/ Monsieur : .....
Parent 2, Madame/ Monsieur : .....
Tuteur : .....
Signature Parent 1 : **et signature Parent 2 :**

Signature Tuteur :

<u>IMPORTANT</u> : En l'absence de signature par les 2 parents titulaires de l'autorité parentale, l'intervention peut être refusée.

<u>Pièces justificatives à fournir</u> :
*** Copie du livret de famille**
*** Carte d'identité du ou des responsables légaux**
*** Copie de la décision de justice si parent SEUL responsable légal**

❒ **L'acte chirurgical concerne un <u>MAJEUR PROTEGE</u>** :
❒ Apte à exprimer sa volonté
❒ Inapte à exprimer sa volonté
Je soussigné(e), Madame/ Monsieur : .....
Signature tuteur :

Fait à ..... Le .....

A rapporter le jour de l'intervention

CCL/SOIN/MO/001 – Annexe 2 – 03.08.2023

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e)
Madame/ Monsieur .....
Demeurant .....
.....
.....
.....

❒ Père, mère ou tuteur de l'enfant,
Nom, prénom .....

❒ Tuteur(-trice) de,
Nom, Prénom.....

Autorise cette personne à sortir accompagnée de :

Nom, Prénom* .....

* fournir un justificatif d'identité

Fait à .....
Le .....
Signature

A rapporter le jour de l'intervention

loi du04 mars 2002 article 371-1 du code civil