

**POLYCLINIQUE Du Parc Rambot**

2 Avenue du Docteur Fernand Aurientis  
13100 Aix en Provence

Document concernant l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

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

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

Autorise l'équipe médicochirurgicale de la clinique à pratiquer l'intervention :

**Motif d'intervention :** .....

**Date d'intervention :** .....

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

**Père**

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature

**ET**

**Mère**

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature

**OU**

**Tuteur**

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature

Le consentement des deux parents titulaires de l'autorité parentale est requis.

Articles de référence : Art. 371-1, 372 et 372-2 du Code civil et Art R. 1112-35 du Code de Santé Publique.