



# CONSENTEMENT ET AUTORISATION DES SOINS



## OBLIGATOIRE

(demandée par les services médicaux)

*Remplir ou cocher les différentes cases*

Je/Nous, soussigné(s)

M.

et/ou

Mme

en qualité de

Père

Mère

Autres


Précisez

titulaire(s) de l'autorité parentale

Autorise

Autorisons

- ou/et  Que des actes médicaux,  
ou/et  Qu'une intervention sous anesthésie,  
ou/et  Que des actes complémentaires,

jugés médicalement nécessaires par l'équipe médicale, soient réalisés

sur la personne de :

Nom Prénom

Né(e) le

Ne pas remplir la partie grisée

*Hospitalisé(e) dans le service de*

*NB : la réalisation de ces actes peut être parfois réalisée en URGENCE  
dans un délai ne permettant pas de vous joindre.*

Fait à

Le

Signature du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale.

*Comment compléter cette autorisation*

*Cas n°1*

*Autorité parentale conjointe*

*La signature des deux parents obligatoire*

*Cas n°2*

*Autorité parentale exercée par un seul parent*

*La signature de ce parent est seule requise*

Voir au verso **Fiche d'Urgence**

