

Ce document est impérativement à rapporter signé de l'ensemble des représentants légaux en consultation d'anesthésie

Nous soussignés : **Parent 1** (Nom, Prénom) :
Téléphone portable :

Parent 2 (Nom, Prénom) :
Téléphone portable :

Tuteur (Nom, Prénom) :
Téléphone portable :

Représentants légaux de **l'enfant** (nom, prénom)

date de naissance..... donnons notre plein consentement, après
information, à l'équipe médicale de l'hôpital NOVO, pour la réalisation :

☐ de tout **soin ou acte usuel** pendant la durée de l'hospitalisation (un seul représentant légal nécessaire)

☐ de **l'intervention chirurgicale**

le (date)

et à utiliser tous les moyens nécessaires y compris ceux relatifs à **la prise en charge anesthésique**.

(Signature de l'ensemble des représentant légaux nécessaire)

Parent 1 :

Parent 2 :

Tuteur :

Date :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

Signature :

Pièces justificatives à fournir :

- La photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- La pièce d'identité ou passeport des 2 parents
- La copie du jugement en cas de déchéance de l'autorité parentale
- La copie de jugement de mise sous tutelle si nécessaire

Cas où l'autorisation d'un seul représentant légal est possible :

- L'acte urgent (cf page 2)
- Les soins courants non chirurgicaux et la chirurgie superficielle sous anesthésie locale
- Un seul parent déclarant sur le livret de famille ou l'acte de naissance
- Le décès d'un des représentants légaux
- La déchéance de l'autorité parentale de l'un des parents

En cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale
--

✓ **Situation non urgente : (à remplir par le parent présent)**

Je soussigné (nom, prénom)

☐ atteste sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées du co-titulaire de l'autorité parentale et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document. Je m'engage à réaliser mes démarches auprès du juge aux affaires familiales pour régulariser la situation (<https://www.service-public.fr/simulateur/calcul/11530>).

☐ déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec le co-titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Email :

Téléphone :

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

Date : Signature :

✓ **Situation urgente ou tendant à devenir urgente : (à remplir par le médecin)**

Je soussigné Dr certifie, après avoir examiné **l'enfant** (nom, prénom)devoir procéder à l'intervention.....sous (type d'anesthésie)

☐ en urgence ☐ sous (délai).....

en raison **du risque de conséquences préjudiciables à son état de santé.**

Le ou les titulaires de l'autorité parentale étant injoignable(s), j'ai tenté de joindre :

Nom/prénom :

Date et heure de l'appel :

Tel/Email contacté :

☐ Non joignable ☐ Information et accord téléphonique ☐ Information et accord mail

J'ai décidé de procéder à l'intervention le :

J'ai informé le directeur des relations usagers ou l'administrateur de garde de ma décision

(nom, prénom) :

Date : Heure : Nom : Signature :

Autorisation de sortie de l'enfant mineur

Nous soussignés : **Parent 1** (Nom, Prénom) :

Téléphone portable :

Parent 2 (Nom, Prénom) :

Téléphone portable :

Tuteur (Nom, Prénom) :

Téléphone portable :

Autorisons l'enfant mineur (nom, prénom)

☐ A sortir seul de l'hôpital

☐ A sortir accompagné * de :

Préciser la qualité de ce tiers :

*La personne désignée lors de l'admission doit obligatoirement être majeure et présenter une pièce d'identité avec photo lors de la sortie, ou un extrait de justice précisant que l'enfant peut être confié.

Date :

Heure :

Nom :

Signature :