



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 :

IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°1	TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°2 (Facultatif)
Nom :	Nom :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.	J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.
Fait le :	Fait le :
À :	À :
Signature :	Signature :

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité, **par fax ou voie postale.**

Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.

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