

## AUTORISATION DE SOINS POUR LES PATIENTS MINEURS

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

NOM du patient

.....

Prénom(s) du patient

.....

Né(e) le .....

J'autorise les praticiens du dispositif Handiconsult du Centre Hospitalier de Montfavet à pratiquer tout acte médical nécessité par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge.

Père  Mère ou  Représentant légal

NOM et prénom.....

Date de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

Tél .....

Signature

Père  Mère ou  Représentant légal

NOM et prénom.....

Date de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

Tél .....

Signature

Pièces à fournir : CNI du parent titulaire de l'autorité parentale