

**MINEUR :
Autorisation de pratiquer intervention
chirurgicale, anesthésie et actes invasifs**

Cette autorisation est **obligatoire** pour les mineurs et les majeurs protégés, **y compris pour les interventions sous anesthésie locale**. Elle est donnée par **les deux parents titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation, ou par le parent titulaire de l'autorité parentale unique ou par le tuteur légal. Les signataires de cette autorisation ont été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.**

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Parent éloigné

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal (barrer la mention inutile)
parent titulaire de l'autorité parentale ou tuteur légal* de l'enfant ou du majeur protégé :

NOM, Prénom autorise à la suite des informations données par les praticiens, l'intervention et/ l'anesthésie ou acte(s) invasif(s) nécessité(es) par l'état de santé de l'enfant.

Signature :

***Joindre la photocopie du jugement du juge aux affaires familiales**

Cas particulier :

Si vous êtes parent isolé, sans nouvelles de l'autre parent (mais ayant l'autorité parentale conjointe), il vous sera demandé :

- une copie de votre pièce d'identité
- une copie du livret de famille
- le dernier numéro de téléphone connu du parent sans nouvelles (Article 371.1 du Code Civil)

En l'absence des deux signatures, l'intervention sera reportée jusqu'à leur obtention.