



Identité du mineur ou majeur protégé concerné :

Nom de naissance : Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : Féminin Masculin

1. MINEUR : CONSENTEMENT À L'ACTE MÉDICAL sur un mineur

Je, soussigné(e) Mme/M (nom-prénom)
né(e) le : demeurant :
déclare avoir été informé(e), lors de l'examen du (date) par le Dr
du déroulement de l'intervention proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention, et
donc consens aux traitements chirurgical et anesthésique qui sont proposés pour mon enfant ou l'enfant sous tutelle.

JE DÉCLARE

exercer en commun avec Mme/M l'autorité parentale sur le mineur susnommé.

**Attention il est impératif d'avoir la signature des 2 parents.
Sans cette autorisation, votre enfant ne pourra être opéré.**

- être seul investi de l'autorité parentale sur le mineur susnommé.
- être le tuteur chargé de représenter le mineur susnommé dans tous les actes de la vie civile.

Fait à : le :

Document à joindre obligatoirement pour les mineurs :

- Copie de la carte d'identité du mineur si plus de 15 ans
- Copie du livret de famille, copie de la carte d'identité des parents
- Copie de l'extrait de jugement attribuant l'exclusivité de l'autorité parentale ou jugement de placement sous tutelle.

Signature des titulaires de l'autorité parentale ou tuteur, suivie de la mention « Lu et approuvé ».

Le père	La mère	Le tuteur	Autre
---------	---------	-----------	-------

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires (Art R4127-42 CSP)

Recherche consentement du mineur de plus de 15 ans :

Je, soussigné(e) Mme/M (nom-prénom)
déclare avoir été informé(e) lors de l'examen du (date) par le Dr
du déroulement de l'intervention proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention,
et donc consens aux traitements chirurgical et anesthésique qui me sont proposés.

Dans le cas d'une hospitalisation d'un mineur, un titulaire de l'autorité parentale doit
rester avec celui-ci durant tout le séjour.

Signature du mineur
(suivie de la mention « Lu et approuvé »).

2. MAJEUR PROTÉGÉ : CONSENTEMENT À L'ACTE MÉDICAL sur un majeur protégé (tutelle)

Je, soussigné(e) Mme/M (nom-prénom) tuteur du majeur protégé susnommé
déclare avoir été informé(e), lors de l'examen du (date) par le Dr
du déroulement de l'intervention proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention,
et donc consens aux traitements chirurgical et anesthésique qui sont proposés pour le majeur sous tutelle susnommé.

Document à joindre obligatoirement pour les majeurs protégés :

- Copie du jugement de placement sous tutelle

Signature du tuteur,
(suivie de la mention « Lu et approuvé »).