

Consentement aux soins d'un mineur

Je soussigné,

Mère

Nom _____ Prénom _____

Demeurant _____

Père

Nom _____ Prénom _____

Demeurant _____

Responsable légal d'un majeur protégé

Nom _____ Prénom _____

Demeurant _____

Donne mon plein consentement pour la réalisation d'un ou des actes d'anesthésie et/ou de chirurgie nécessaires dans le cadre de la prise en charge de

Nom _____ Prénom _____

lors de son hospitalisation / chirurgie prévue le / / à la clinique Oxford,

Date et signatures

Il vous est rappelé que le droit de consentir aux actes médicaux appartient aux titulaires de l'autorité parentale, c'est-à-dire aux deux parents. Leurs deux consentements sont ainsi requis, sauf urgence. Tel est le cas pour les parents mariés, pacsés, séparés ou divorcés qui bénéficient de l'autorité parentale conjointe.

En cas d'exercice unilatéral de l'autorité parentale, vous pouvez consentir seul à l'acte chirurgical ; toutefois selon les dispositions de l'article 373-2-1 du Code Civil, l'autre parent doit être informé par vos soins.

A remplir uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale :

Je soussigné

Nom _____ Prénom _____

En qualité de _____

Cocher la mention utile

- M'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pas pu être présent lors de la consultation préopératoire et à le restituer lors de l'hospitalisation**
- Atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale**
- Atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document**

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

Date et signature