

Identité du patient mineur (nom et prénom) : .....

Etiquette d'identification

Date de naissance : .....

Le médecin m'a donné des informations précises sur son état de santé. Il m'a expliqué de façon claire, loyale et appropriée l'évolution possible de son état de santé si l'on ne recourait pas à cette hospitalisation/à ces soins.

Il m'a informé des autres types de traitement existants, avec leurs bénéfices et leurs risques.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'hospitalisation une découverte ou un évènement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'ai eu la possibilité de poser des questions et le médecin y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'autorise dans ces conditions le médecin à effectuer tout **acte** (hormis l'intervention chirurgicale) ou prescription nécessaire que requiert l'état de santé du mineur.

Père :

Nom d'usage.....

Prénom.....

Mère :

Nom d'usage.....

Prénom.....

\* Autorise l'admission de notre enfant au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique VANNES-AURAY

A la date du ...../...../..... Dans le service : .....

\* Donne mon consentement pour que soient réalisés les soins suivants :

Type de soins et descriptif : .....

Fait à : ..... Date : .....

Signature :

Fait à : ..... Date : .....

Signature :

*Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie.  
Ce document doit être signé au minimum par l'un des deux titulaires de l'autorité parentale.  
Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve.*

L'autorité parentale est exercée en commun par les parents de l'enfant y compris en cas de séparation.

**L'article 372-2 du code civil précise :**

Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne d'un enfant (acte médical bénin).

Si l'un des deux titulaires de l'autorité parentale n'est pas présent ou joignable lors de l'admission à l'hôpital, je, Père ou mère, précise le motif d'absence du parent absent et m'engage à le prévenir de l'hospitalisation de notre enfant dans les meilleurs délais.

Motif d'absence d'un des parents : .....

Signature :

\* Rayer la mention inutile

A classer dans l'onglet « Droits du patient » du dossier médical