

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE  
POUR UN MINEUR**

**Je soussigné(e)**

- Père\* (nom prénom) : .....
- Mère \*(nom, prénom) : .....
- Tuteur (nom, prénom) : .....

**Autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale sur l'enfant :**

NOM : .....

Prénom : .....

né(e) le : .....

**Date de l'intervention :** .....

**Nom du chirurgien :** .....

Fait le.....

**Signatures des 2 parents ou du tuteur légal \***

Père

Mère

Tuteur

*\*Le formulaire doit être complété par les deux parents. Si l'un des deux titulaires de l'autorité parentale n'est pas présent lors de la programmation de l'intervention chirurgicale, 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 de signature d'un des parents :