

Je soussigné (cocher la ou les mention(s) utile(s)) :

- Mère (nom et prénom) - Titulaire de l'autorité parentale
- Père (nom et prénom) - Titulaire de l'autorité parentale
- Responsable légal du majeur protégé (nom, prénom)

Demeurant (adresse(s))

.....
.....
.....

Donne mon plein consentement pour la réalisation du ou des actes d'anesthésie, de chirurgie et de médecine nécessaires dans le cadre de la prise en charge de..... (nom du mineur ou du majeur protégé) lors de son hospitalisation prévue le (date) à (nom de l'établissement).

Fait le..... à

SIGNATURE(S) (Les signatures des **2 co-titulaires de l'autorité parentale sont obligatoires**)

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

Je soussigné (nom, prénom et qualité).....

Cocher la mention utile :

m'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pu être présent lors de la consultation pré anesthésique et/ou chirurgicales et à le restituer lors de l'entrée en hospitalisation

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du co-titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie, intervention ou traitement 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.

atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale :

- Déchéance d'autorité (avec justificatif)
- Décès (date / lieux et justificatif) :/...../..... à
- Absence de reconnaissance maternelle ou paternelle (avec justificatif)

atteste sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées du co-titulaire et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document

déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec le co-titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (nom et prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone fixe ou numéro de téléphone portable)

.....
.....
.....

SIGNATURE