

Autorisation de soins : patient mineur

Date prévue des soins :/...../.....

...../...../.....

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le

☐ Père ☐ Mère **ou** ☐ Représentant légal

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance

Adresse

.....

Tél

Signature

☐ Père ☐ Mère **ou** ☐ Représentant légal

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance

Adresse

.....

Tél

Signature

Pièce(s) à fournir :

Carte d'identité d'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale