

Docteur Laurent LALOUM

chirurgie oculomotrice

(Strabisme - Diplopie - Nystagmus)

Clinique de la Muette- Paris 16

AUTORISATION D'OPERER D'UN PATIENT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné ci-dessous :

Identité du mineur ou incapable majeur

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

Nous autorisons le Dr Laurent LALOUM et l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique de la MUETTE à l'opérer de et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention.

Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. **Dans le cas contraire, il est impératif de fournir une copie de la décision lors de votre admission.**

Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax ou voie postale. Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.

Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A, le/...../.....	A, le/...../.....
Signature	Signature

Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent. Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.

**AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR
A UNE TIERCE PERSONNE**

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné ci-dessous :

Identité du mineur ou incapable majeur

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A, le/...../..... Signature	A, le/...../..... Signature

Nous autorisons le responsable de l'unité de soins de la Clinique de la MUETTE, où est pris en charge le patient, à remettre le mineur ou incapable majeur cité ci-dessus à :

Nom :
 Prénom :
 Qualité :
 Adresse :

 Téléphone :