

AUTORISATION PARENTALE



GRUPE HOSPITALIER
MUTUALISTE DE GRENOBLE
Clinique d'Alembert, Clinique des Eaux-Clares, Institut Daniel Hollard

Formulaire
À conserver dans le dossier

Référence : FO-PCP-SEJ-014
Version : 3 du 28/03/2011

ACTES NON USUELS - Code de la Santé Publique – article R.1112-35 – 3^{ème} et dernier alinéa

En cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

HOSPITALISATION DU : JOUR..... HEURE

SERVICE :

Nous, soussignés, Madame et Monsieur

Exerçant conjointement l'autorité parentale de l'enfant (nom et prénom).....

Né(e) le à

Donnons par la présente l'autorisation **d'opérer** notre enfant et de pratiquer les examens et les actes de soins que nécessite son état de santé.

Reconnaissons avoir reçu les informations sur la conduite à tenir et les risques de l'intervention.

Fait à Grenoble, le

Père

Signatures obligatoires des 2 parents :

Mère

ou Tuteur légal

EN CAS DE REFUS DE SOINS PAR L'UN OU LES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE :

Madame, Monsieur,.....

Titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant

Refuse(nt) de consentir aux soins que nécessite l'état de santé de leur enfant, en application de l'article 1111-4 du code de la santé publique. Je soussigné Docteur

Déclare vu l'état de santé de cet enfant, délivrer les soins indispensables.

Fait à Grenoble, le

Signature :

Information au procureur de la république

Information faite au juge des enfants