

Clinique Saint Jean
Pôle consultations - 3ème étage
2 place de l'Europe
34430 St Jean de Védas

**Autorisation d'opérer un patient mineur
(ou majeur protégé)**

Document concernant l'enfant

NOM :
Prénom :
Né le :

Je soussigné(e), certifie être représentant légal de l'enfant (ou du majeur protégé) désigné ci-dessus
Autorise l'équipe médicochirurgicale de la clinique Saint-Jean à pratiquer l'intervention :

GO :
Commentaire :
Côté :

Et à utiliser les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Mère
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :

ET

Père
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :

OU

Tuteur
NOM :
Prénom :
Tel. Domicile :
Tel. Portable :
Date : / /
Signature :