



CLINIQUE CLÉMENTVILLE
Médecine, Chirurgie, Obstétrique
25, rue de Clémentville
34070 MONTPELLIER

0 826 888 884 Service 0,20 € /min
+ prix appel

Fax : 04 67 06 70 01
e-mail : info@clinique-clementville.fr

Autorisation d'opérer pour un enfant mineur

Conformément aux articles 371-1, 372 et 372-2 du code civil,
L.1111-2, L.1111-4 et R.1112-35 du code de la santé publique
et art. 42 du code de déontologie médicale.

**Ce document doit être signé par les deux titulaires de l'autorité parentale.
À défaut, l'intervention chirurgicale ne pourra pas avoir lieu.**

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance du patient mineur : | | | | | | | | | |

Suite à la consultation avec le Docteur _____,
il a été convenu que le mineur devait être hospitalisé le | | | | | | | | | | à la Clinique Clémentville,
pour y subir une intervention chirurgicale.

J'AUTORISE L'INTERVENTION

PARENT 1

Nom : _____
Prénom : _____
Fait à : _____
Le : | | | | | | | | | |
Signature : _____

PARENT 2

Nom : _____
Prénom : _____
Fait à : _____
Le : | | | | | | | | | |
Signature : _____

TUTEUR

Nom : _____
Prénom : _____
Fait à : _____
Le : | | | | | | | | | |
Signature : _____

AUTRE

Nom : _____
Prénom : _____
Fait à : _____
Le : | | | | | | | | | |
Signature : _____

CAS PARTICULIERS

À compléter **obligatoirement** s'il manque la signature d'un des deux parents

- Parent destitué de l'autorité parentale : joindre la photocopie du justificatif
- Impossibilité d'obtenir la signature du deuxième parent, en préciser les motifs : _____