



# CONSENTEMENT ECLAIRE ACTE MEDICAL SUR MINEUR

DP.ENR.002

## OU MAJEUR PROTÉGÉ SANS FACULTÉ DE DISCERNEMENT OU UNE CERTAINE MATURITÉ ET EXPRESSION DE LA VOLONTÉ DU MINEUR DE PLUS DE 15 ANS

### Pour le parent accompagnant ou le tuteur

Je soussigné(e) Mme/M (nom - prénom) .....  
né le ...../...../..... demeurant ..... déclare avoir été  
informé(e), lors de l'examen du ...../...../..... par le Dr ..... du déroulement de l'intervention  
proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention. Et donc consens aux  
traitements chirurgical, médical, et anesthésique qui sont proposés pour mon enfant, enfant sous tutelle, ou personne sous  
tutelle.

### Je déclare

Exercer en commun avec Mme/M (nom-prénom) ..... l'autorité parentale sur  
..... (nom - prénom du mineur).

Attention il vous sera demandé à l'entrée l'autorisation de l'autre parent signée. Sans cette autorisation, votre enfant ne  
pourra être opéré.

Être seul investi de l'autorité parentale.

Être le tuteur chargé de représenter le mineur ou le majeur dans tous les actes de la vie civile.

Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, je serai présent à la sortie ou désigne .....  
pour le représenter. (Une pièce d'identité de la personne désignée sera demandée à la sortie pour autoriser cette dernière.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du père (ou du tuteur) précédée  
de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère précédée de la mention  
« lu et approuvé »

### Expression de la volonté personnelle du mineur (adolescent de plus de 15ans)

Je soussigné(e) Mme/M (nom - prénom) .....  
né le ...../...../..... demeurant ..... déclare avoir été  
informé(e), lors de l'examen du ...../...../..... par le Dr ..... du déroulement de l'intervention  
proposée, des risques générés et des complications pouvant survenir lors de cette intervention. Et donc consens aux  
traitements chirurgical et anesthésique.

Signature de l'adolescent précédée de la mention « lu et approuvé »