

# AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR

**Attention : En cas d'opération, ce document ne remplace pas le formulaire d'autorisation d'opérer un mineur remis par le praticien. L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.**

## IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Médecin en charge de l'hospitalisation : .....  
Date d'hospitalisation : .....

## IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

### TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°1

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.  
Fait le : .....  
À : .....  
Signature :

### TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°2 (Facultatif)

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.  
Fait le : .....  
À : .....  
Signature :

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité, **par fax, voie postale ou e-mail.**

Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.

Ce document doit être impérativement signé par le détenteur de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation du patient mineur.

**MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER**