

**COMITE REGIONAL DE GYMNASTIQUE DU LANGUEDOC ROUSSILLON**

Objet: Autorisation de soins sur un mineur et suite à donner

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné \_\_\_\_\_

Père: Mère: Tuteur: 

agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur:

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

né le: \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_

Autorise d'une part le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale, et à l'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.

D'autre part à pratiquer ou à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire, le cas échéant dans un autre Centre hospitalier.

Fait à \_\_\_\_\_ Le: \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite  
Lu et approuvé

Personne à prévenir en cas d'accident:

Nom: \_\_\_\_\_ N° de Tel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_