



# Centre Hospitalier Le Mas Careiron

BP 56 30701 UZES CEDEX

Tel : 04 66 62 69 00

Code FINESS juridique



300780103

## AUTORISATION DE SOINS AUX MINEURS

### Je soussigné (e) :

PÈRE		MÈRE	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse 1		Adresse 1	
Adresse 2		Adresse 2	
Code postal		Code postal	
Commune		Commune	

### Agissant comme : OUI NON OUI NON

Parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Représentant légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Représentant légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorité Judiciaire (ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorité Judiciaire (ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Autorité parentale :

PÈRE :  OUI -  NON

MÈRE :  OUI -  NON

Délégué(e) à :

L'information (m'/nous) a été donnée :  OUI  NON

### Certifie autoriser pour l'enfant :

La participation aux soins :	OUI	NON
Entretien(s)/consultation(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite à domicile sans la présence d'un adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace apaisement et/ou contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe de l'Unité de soins à assurer les transports dans un véhicule de service ou tout autre moyen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le respect du droit à l'image, de l'intimité et de la vie privée, la réalisation de documents photos – vidéo pour le strict usage interne et dans le cadre du projet de soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de nécessité après un accident avec exposition au sang, à faire pratiquer un prélèvement sanguin pour la recherche d'une hépatite ou HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'urgence, les interventions et les anesthésies nécessaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Certifie autoriser : à venir et à quitter la structure de soins avec :

Son père <input type="checkbox"/> Sa mère <input type="checkbox"/>	La société de taxi :
Son rep légal <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/>	
Les personnes désignées ci-dessous (sur présentation d'une pièce d'identité obligatoire, si mineur le préciser)	
Personne 1 :	
Personne 2 :	
Personne 3 :	

A :	A :
Le :	Le :
Signature :	Signature :

[Pat]Nom prénom N°IPP : [Pat]Ipp