

 Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild	<b>UF : DSSI</b>	<b>FE/DSS/432/03</b>
	Nbre de pages : 1/1	Date de création : 21/01/2013 Date de mise à jour : 15/06/2017 Rédaction : S. Da Silva Mendès Validation : F. Jayet Approbation : C. Bouguennec Réf. HAS : 11b 19a 25a
<b>CONSENTEMENT PREALABLE A UNE CONSULTATION EN URGENCE POUR UN MINEUR NON ACCOMPAGNE DE SES PARENTS OU DU TUTEUR LEGAL</b>		

Nous soussignons :

Père, Nom et prénom :

Mère, Nom et prénom :

Ou représentant légal, Nom et prénom :

**Pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale :**

- ✓ Carte d'identité des **2 parents** ou des titulaires de l'autorité parentale (copie à conserver dans le dossier administratif)
- ✓ Livret de famille
- ✓ Eventuelles décisions de justice de l'accompagnant (ordonnance du juge des enfants...)

**Autorise le Service des Urgences de la Fondation à délivrer les soins nécessaires à mon enfant :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**Fait à .....Le .....**

Signature des (du) titulaires de l'autorité parentale

**Le père :..... La mère .....**

**Le représentant légal.....**

**Le consentement doit être signé par les 2 parents (et/ou par tous les titulaires de l'autorité parentale) le jour de la consultation en urgence.**

**Ce consentement peut être :**

- remis en main propre à l'accueil du Service,
- faxé au 01 48 03 65 16 (accueil du service des Urgences)
- envoyé par mail : urgences@for.paris