

**CONSENTEMENT PREALABLE A UN ACTE INVASIF  
DES REPRESENTANTS LEGAUX D'UN PATIENT MINEUR**  
**DOCUMENT A CONSERVER DANS LE DOSSIER MEDICAL DU PATIENT**

Un acte chirurgical et anesthésique programmé nécessite le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale. Même en cas de divorce, à moins qu'il y ait une mention spéciale sur le livret de famille, les deux parents demeurent titulaires de l'autorité parentale et doivent chacun consentir à l'acte envisagé.

**Nous soussignés :**

NOM et PRENOM (représentant légal 1) : .....

NE(E) LE : ...../...../.....

DEMEURANT : .....

NOM et PRENOM (représentant légal 2) : .....

NE(E) LE : .....

DEMEURANT : .....

**Représentants légaux de l'enfant :**

NOM et PRENOM (mineur) : .....

NE(E) LE : ...../...../.....

✓ Reconnaissons avoir reçu les informations suivantes :

- les raisons qui amènent le médecin à proposer ce ou ces actes,
- les conséquences possibles d'une abstention thérapeutique,
- les diverses alternatives thérapeutiques,
- les bénéfices, les inconvénients et les risques respectifs de chaque option

relatives à l'(aux) acte(s) envisagé(s) ci-après :

.....  
.....

Un document spécifique d'information nous a été transmis\* OUI  NON

\*Cocher la case correspondante

Schéma éventuel de l'intervention au verso\* OUI  NON

\*Cocher la case correspondante

- ✓ Donnons notre accord pour que ce ou ces actes soient réalisés selon les modalités envisagées. Au cas où les circonstances l'exigeraient, nous acceptons par anticipation les modifications de technique opératoire qui s'avéreraient nécessaires lors de cet acte.

Fait à Saint-Cloud, le : ...../...../.....

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2

Joindre copie CNI  
des parents et du  
livret de famille

En cas de consentement d'un seul des représentants légaux, le signataire indique ci-après la raison :

.....  
.....