



Bourg Saint Maurice, le/...../.....

Autorisation de soins : patient mineur

Date prévue des soins : / /

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

Docteur T. MARTINEZ

Chef de Service
Chirurgie orthopédique
et traumatologique
P.H. temps plein
RPPS : 10003107165

Docteur K. GAMROUDI

PH temps plein
Chirurgie orthopédique
et traumatologique
RPPS : 10100887560

Docteur H. BACHOUR

P.H. temps plein
D.I. S de chirurgie viscérale
D. U. Coelioscopie
D. U. sensibilisation cancérologie
cutanée
RPPS : 10003099834

Docteur P.-N. DUMONT

P.H. temps partiel
D. I. U de Proctologie
D.E.S.C.Q. de Chirurgie
viscérale et digestive
RPPS : 10101243797

Docteur R. FONG CHIH KAI

Chirurgie endoscopique
RPPS : 10100944429

Docteur J. KOSACKI

Chirurgie ophtalmologique
RPPS : 10100944429

FFCDS :

Mme METRAL Sandrine

Tel : 04.79.41.79.16

Nom du patient :

Prénom(s) du patient :

Né(e) le :

J'autorise le personnel médical et paramédical du CH de Bourg Saint Maurice à pratiquer tout acte médical ainsi que les soins infirmiers nécessités par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge.

☐ Père ☐ Mère ou ☐ Représentant Légal

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Signature :

☐ Père ☐ Mère ou ☐ Représentant Légal

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Signature :

Code identification
730000247

Pièces à fournir : Carte d'identité d'un deux parents, titulaires de l'autorité parentale
Fiche crée par :