



CENTRE HOSPITALIER  
DE VALENCIENNES

## Imprimé n°5

### CONSENTEMENT A L'ACTE D'ANESTHESIE et DE CHIRURGIE d'un mineur ou d'un majeur protégé *Article R 1112-35 du Code de la Santé Publique*

Je soussigné(e) (cocher la ou les mention(s) utile(s)) :

- Mère (*nom et prénom*)  
Titulaire de l'autorité parentale

.....

- Père (*nom et prénom*)  
Titulaire de l'autorité parentale

.....

- Responsable légal d'un majeur protégé (*nom et prénom*)

.....

Demeurant (*adresse(s)*) :

.....

.....

.....

Donne mon plein consentement pour la réalisation du ou des actes d'anesthésie et de chirurgie  
nécessaires dans le cadre de la prise en charge de .....  
(*nom du mineur ou du majeur protégé*)

lors de son hospitalisation prévue le .....(date)

à .....(nom de l'établissement).

Fait le ...../...../..... à.....

Signature(s)

## Imprimé n°5

### A remplir uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale :

Je soussigné(e)  
(nom, prénom, qualité)

.....

*Cocher la mention utile :*

m'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pu être présent lors de la consultation et à le restituer lors de l'hospitalisation

atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (*exposer la ou les raison(s)*) :

.....

.....

.....

.....

.....

atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale (sauf cas exposé ci-dessus), aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

Signature