



**Clinique
de la Muette**

46/48 rue Nicolo
75116 PARIS
Standard : 0 826 30 33 30

Clinique de la Muette

○ Autorisation d'hospitalisation d'un mineur

Identité du patient mineur :

Nom :	Médecin en charge de l'hospitalisation :
Prénom :
Date de naissance :	Date d'hospitalisation :

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :

L'autorité parentale est par principe conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année), **le consentement des deux parents est donc nécessaire**. Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature **par fax ou voie postale**.

Dans le cas où l'un des parents exercerait seul l'autorité parentale, il convient d'en justifier par la production de la décision de justice ou par tout document officiel (livret de famille).

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père ou autre détenteur de l'autorité parentale
Fait le : / /	Fait le : / /
à :	à :
Signature :	Signature :

Ce document doit être **impérativement signé** par les titulaires de l'autorité parentale et **remis** à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.