

# CENTRE HOSPITALIER DE PAU

## *Service de Pédiatrie et de Réanimation Pédiatrique*

**Docteur I. BAUVIN**  
**Docteur S. CABASSON**  
**Docteur C. CENRAU-HALCAREN**  
**Docteur A. DAVID**  
**Docteur N. FIRAH**

**Docteur L. GAURIAU**  
**Docteur A. GIRAUDON**  
**Docteur S. GRETEAU**  
**Docteur K. LACHEMI**  
**Docteur T. MANSIR**

**Docteur A. MENSIRE-MARINIER**  
**Docteur G. MOURET**  
**Docteur K. NORBERT**  
**Docteur L. OILLEAU**  
**Docteur V. ROBERT**

*Madame, Monsieur*

*Votre enfant vient d'entrer à l'hôpital pour y recevoir **des soins** en hospitalisation. **Une intervention et une anesthésie générale** peuvent s'avérer nécessaires et urgentes. Nous vous demandons de bien vouloir signer cette demande d'autorisation.*

J'autorise:

- les médecins à pratiquer les soins nécessaires,
- toute intervention chirurgicale et anesthésie générale que nécessite l'état de mon enfant,
- tout transport nécessaire à la prise en charge de mon enfant.

Je reconnais que la nature de l'examen ou des soins ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Nom & signature du père:

Nom et signature de la mère:

A PAU, le .