

FORMULAIRE AUTORISATION D'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT MINEUR

Coordonnées de l'enfant

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date :

À : Hirslanden Clinique des Grangettes, centre d'urgences pédiatriques

Je, soussigné(e) [nom, prénom], _____ demeurant à [adresse],
_____ agissant en tant
que parent ou tuteur légal de [Nom de l'enfant], _____
né(e) le [Date de naissance de l'enfant] _____, déclare par la présente autoriser
[Nom de la tierce personne] _____, demeurant à
[Adresse de la tierce personne] _____, à
accompagner mon enfant mineur susmentionné au centre d'urgences pédiatriques de Hirslanden Clinique
des Grangettes, 7 Chemin des grangettes, 1224 Chêne-Bougeries, dans le cadre d'une situation d'urgence
médicale.

Je comprends que cette autorisation est valable uniquement dans le contexte d'une urgence médicale et
pour la durée nécessaire à l'obtention de soins médicaux appropriés pour mon enfant.

Je certifie que [Nom de la tierce personne] _____ est
informé(e) de l'état de santé de mon enfant et est habilité(e) à prendre des décisions médicales en mon
absence. Je prends l'entière responsabilité des coûts médicaux qui pourraient résulter de cette visite au
centre d'urgences.

La présente autorisation est valable à compter de la date de sa signature jusqu'à ce que je la révoque par
écrit. **Je joins également à la présente autorisation une copie de ma pièce d'identité.**

Nom du parent ou tuteur légal : [Votre nom]

Signature du parent ou tuteur légal :