

## 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), \_\_\_\_\_ demeurant à,  
\_\_\_\_\_ agissant en tant  
que parent ou tuteur légal de, \_\_\_\_\_  
né(e) \_\_\_\_\_, déclare par la présente autoriser  
\_\_\_\_\_, demeurant à  
\_\_\_\_\_, à accompagner mon enfant mi-  
neur susmentionné au centre d'urgences pédiatriques de Hirslanden Clinique des Grangettes, Route de  
Chêne 91, Bâtiment Beaupré, 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 \_\_\_\_\_ 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 :

Signature du parent ou tuteur légal :