

 <b>Pédiatrie</b>	<b>Enregistrement</b>	<b>Référence :</b> <b>PE-ORGGE-E-015</b>
	<b>AUTORISATION D'ADMISSION ET DE SOINS POUR UN MINEUR</b>	
		<b>Date de diffusion :</b> <b>27/09/2025</b>

**Je soussigné(e) :**

Parent 1

Parent 2

Ou Représentant légal

Nom.....

Nom.....

Nom.....

Prénom.....

Prénom.....

Prénom.....

Téléphone.....

Téléphone.....

Téléphone.....

**Autorise l'admission au Centre Hospitalier de Saumur de l'enfant :**

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Date de Naissance : .....

Etiquette

Dans le service :  Pédiatrie

Néonatalogie

**Afin de recevoir les soins nécessaires à son état.**

**Je m'engage à prévenir l'autre parent de l'hospitalisation de notre enfant dans les meilleurs délais.**

Fait, le

Signatures des parents ou du représentant légal

Parent 1

Parent 2

Représentant légal