

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

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