

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE  
MEDICALE D'UN MINEUR**

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, l'accord des détenteurs de l'autorité parentale est sollicité pour l'admission d'une personne mineure au sein d'un établissement de santé mentale.

*Article L.3211-10 du Code de la santé publique : « (...) la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. (...) ».*

**Je soussigné :**

<input type="checkbox"/> <b>PARENT 1 (joindre une pièce d'identité)</b> NOM : ..... Prénom(s) : ..... Date et lieu de naissance : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> <b>PARENT 2 (joindre une pièce d'identité)</b> NOM : ..... Prénom(s) : ..... Date et lieu de naissance : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : .....
<input type="checkbox"/> <b>LE DELEGATAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE / LE TUTEUR * (joindre la décision de délégation/de tutelle)</b> NOM : ..... Prénom(s) : ..... Date et lieu de naissance : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : .....	

**Sollicite l'admission au sein du Centre Référent de Réhabilitation psychosociale de Bourgogne  
Centre Hospitalier La Chartreuse de :**

<b>IDENTITE DU MINEUR</b>
NOM ..... Prénom(s) .....
Né(e) le ..... à .....

Dans le cadre de la prise en charge au sein de l'établissement, **et strictement après avis médical**, je certifie :

- Autoriser la prise en charge médicale du mineur susnommé au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse :  
 oui                       non
- Autoriser la dispensation de traitements :  
 oui                       non
- Autoriser l'établissement, en cas de nécessité médicale, à **transférer** le mineur vers un autre établissement sanitaire :  
 oui                       non
- L'autoriser à pratiquer les **activités thérapeutiques** organisées par le service :

oui  non

- L'autoriser à **quitter la structure, accompagné** par un ou plusieurs professionnels de santé dans le cadre d'activités extérieures, de consultations :

oui  non

- L'autoriser à **quitter seul** la structure dans le cadre de permissions de sortie (notamment pour se rendre en classe) :

oui  non

- L'autoriser à **quitter la structure accompagné** des personnes expressément désignées et autorisées ci-dessous\* :

NOM-Prénom ..... Qualité ..... Tél. : .....

NOM-Prénom ..... Qualité ..... Tél. : .....

NOM-Prénom ..... Qualité ..... Tél. : .....

Observations éventuelles :

.....  
.....  
.....

Les signataires de ce document certifient et attestent que l'autorité parentale du parent 1 ou du parent 2 n'a pas été limitée ou déchuée par une décision judiciaire.

Ils s'engagent à s'informer mutuellement des soins prodigués à l'enfant mineur et de l'évolution de son état de santé.

Fait le ..... à .....

Signature du Parent 1

Signature du Parent 2

Signature du délégataire de l'autorité parentale

**A compléter uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale**

Je soussigné(e) .....

atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale

atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et/ou n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

Observations éventuelles : .....

.....

Date ..... Signature

\* **Les visiteurs et accompagnateurs dans le cadre de permissions de sortie devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Mentionner également les noms des centres de taxi.**