**Autorisation de rÉaliser l’intervention,**

DONNÉE par lA PERSONNE chargÉe de la protection juridique du majeur :

Je soussigné(e) Mme, Mr. ………………………………………………………………………en qualité de tuteur, curateur, mandataire spécial (sauvegarde de justice) ou mandataire de protection future ou personne chargée de l’habilitation familiale  (préciser),

Certifie être représentant légal avec mission de représentation à la personne du patient désigné ci-dessus et autorise l’équipe médico-chirurgicale à intervenir et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris ceux relatifs à la prise en charge anesthésique.

Fait à ……………………………………, le ……………………………………

Signature :