

 <p>une institution de référence pour la santé des adolescent·es et des jeunes adultes</p>	<h2>AUTORISATION DE SORTIES ET DE VISITES</h2>	<p>004</p>
<p>Clinique FSEF Vence</p>	<p><small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités 2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small></p>	<p>Page 1 sur 1</p>

Etiquette du patient

Je soussigné(e), Nom, prénom (Détenteur de l'autorité parentale ou tutorale) : ☐ Mère ☐ Père ☐ Représentant légal

.....

Domicilié(e) à :

.....Tel :

Autorise (Nom, prénom et date de naissance du patient) :
 né(e) le :/...../.....

A sortir, selon les modalités du règlement intérieur :

⇒ Des sorties avec des professionnels de l'établissement sont organisées selon autorisation médicale :
A l'exception du service de médecine de l'enfant, si autorisation médicale, autorisez-vous votre enfant à prendre un quartier libre (c'est-à-dire à partir seul durant un temps déterminé) : ☐ Oui ☐ Non

⇒ A voyager seul lors des retours à domicile dans le cadre des autorisations de permissions ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à partir de : ☐ La halte routière de Vence ☐ La gare d'Antibes
 ☐ La gare de Cagnes-sur-Mer ☐ L'aéroport de Nice
 ☐ De l'établissement ☐ L'arrêt Bus 94 (Chemin des fourches)

Sachant que le retour dans l'établissement est sous la responsabilité du détenteur de l'autorité parentale ou tutorale.

⇒ En cas d'accord de prise en charge de transport par votre caisse : A sortir en taxi ou en ambulance avec (Nom et téléphone) :
(par défaut ou en cas d'absence ou d'indisponibilités des contacts transmis, la clinique pourra faire appel aux professionnels selon les conventions de partenariat de l'établissement)

⇒ A recevoir de la visite de : ☐ Oui ☐ Non *(Préciser Noms, lien de parenté/fonction, adresse et téléphone)*

.....

.....

.....

Signaler les restrictions éventuelles :

⇒ A sortir, seul(e) avec : ☐ Oui ☐ Non *(Préciser Noms, lien de parenté/fonction, adresse et téléphone)*

.....

.....

.....

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Signature de la mère	Signature du père	Signature du responsable légal