

 <p>une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s 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>



**Je soussigné(e),** Nom, prénom (Défendeur 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 défendeur 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