

# Autorisation parentale pour patients mineurs

Je soussigné.....

(Représentant légal)

autorise le

laboratoire.....

.....

à pratiquer le prélèvement nécessaire pour les analyses prescrites

par le Docteur

.....

.....

sur l'enfant mineur .....

.....

-----

Dans la cadre d'un suivi traitement dermatologique ou d'une longue maladie,  
pour toute la durée du traitement en cours (seulement dans ces deux cas) :

J'autorise les prélèvements

J'autorise l'enfant mineur à récupérer ses résultats

Le .....

Signature :

## Information :

Conformément à la législation en vigueur, les laboratoires ne peuvent effectuer de prélèvement sur un mineur que s'il est accompagné d'un parent ou d'un tuteur légal ou sur présentation de cette autorisation.

Les examens relatifs aux MST ou à la contraception ne sont pas concernés par cette disposition.