



DE06304

AUTORISATION PARENTALE POUR PATIENT MINEUR

NOM et PRENOM du mineur.....

DATE DE NAISSANCE

Mineur accompagné lors du prélèvement ☐ oui ☐ non

Je soussigné (représentant légal),

Nom :

Prénom : N° de téléphone :

autorise le laboratoire INOVIE-OCEALAB à pratiquer le prélèvement nécessaire pour les analyses prescrites par le Docteur

sur le patient mineur.

Date et 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, d'un tuteur légal ou sur présentation de cette autorisation.

Les examens relatifs aux IST, à la contraception ou l'IVG peuvent bénéficier d'une dérogation à l'autorité parentale (article L1111-5 du code de la santé publique). Le mineur doit cependant être accompagné d'une personne majeure de son choix.