



**Autorisation parentale
pour patients mineurs**

Réf : MU-A0-ENR-021-V01
Version : 01
Applicable le : 01-06-2021

Je soussigné (nom ,prénom)

.....

représentant légal de l'enfant mineur (nom, prénom, date de naissance, sexe)

.....

autorise le laboratoire à pratiquer le prélèvement nécessaire pour les examens prescrits par
le Médecin

en date du//..... Le

Signature du représentant légal :