



Je soussigné(e)**,

Nom :

Prénom(s) :

Représentant légal du mineur (ou majeur protégé par la loi) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Autorise le laboratoire, en mon absence, à effectuer le prélèvement nécessaire aux examens prescrits par le Docteur : (Nom + Date ordonnance)

.....

- ☐ *Demande réalisée dans le cadre d'un suivi traitement dermatologique ou d'une longue maladie, j'autorise alors pour toute la durée du traitement en cours (seulement dans ces deux cas).*

Je demande que le compte-rendu me soit adressé par :

- ☐ Par mail à l'adresse suivante :

.....@.....

- ☐ Je viendrai chercher les résultats au laboratoire.

Fait à :

Le : __ / __ / ____

Signature :

Cadre réservé au laboratoire

Etiquette patient à coller ici

*** Joindre la copie d'un justificatif d'identité du représentant légal autorisant la réalisation des examens**

****Dans le cadre d'un dépistage IST sans ordonnance, le mineur a la possibilité de réaliser les examens accompagné par un majeur n'étant pas son représentant légal. Il peut également autoriser ce dernier à recevoir ses résultats. Tracer ce dernier sur ce document.***

.