*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)

.....

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

- ☐ Courrier postal à l'adresse suivante :

  .....

  .....

  .....

- ☐ 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 à la possibilité de réaliser les examens accompagnés 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.*

.