



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.