



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.