Autorisation devant être présentée par tout patient mineur venant au laboratoire **seul,**

non accompagné d’un tuteur légal.

Ne s’applique pas aux bilans prescrits par le Centre de Planification et d'Education Familiale pour des examens relatifs à la contraception (bilan pilule, βHCG),

 aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles), ou à l’IVG (βHCG, bilan pré-opératoire).

Je soussignée :

Mr, Mme(\*)…………………………………………………………………………………………………………………………………………

En qualité de : Père Mère Tuteur légal Autres (préciser) :……………………

(\*) **Le patient mineur doit apporter au laboratoire la pièce d’identité du tuteur désigné ci-dessus**.

Détenteur/trice de l’autorité parentale, autorise le laboratoire du CHANGE, à effectuer un prélèvement sur l’enfant :

**NOM :……………………………………………………………**

**Prénom : ………………………………………………………..**

**Date de naissance : ……………../…………../………….**

**Fait à ……………………………………**

**Le : ……………../…………../…………**

**Signature des parents ou de l’autorité qualifiée :**