



Autorisation parentale pour prélèvement  
sur personne mineure

LBM-FOR-266-  
V01

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,  $\beta$ HCG),  
aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles), ou à l'IVG ( $\beta$ HCG, 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 :**