

Autorisation parentale à remplir pour enfant mineur pour la pratique d'un examen d'imagerie ou d'échographie (en cas d'absence des parents)

Votre enfant vient passer un examen dans notre cabinet médical. Il est mineur. Merci de bien vouloir remplir cette autorisation parentale dans le cas où vous ne pourriez pas l'accompagner pour son examen et le confier à la personne majeure désignée.

Je soussigné(e) :

Nom Prénom

Père

Mère

Tuteur légal

N° de téléphone (fixe ou portable)

De l'enfant :

Nom Prénom Né(e) le

Autorise Mme, Mr à accompagner mon enfant pour son examen.

J'atteste ce jour que l'accompagnant est bien majeur à la date du rendez-vous de mon enfant.

Fait à, le

Signature du parent ou du tuteur légal

Le jour de l'examen, veuillez-vous présenter muni de :

**Cette AUTORISATION PARENTALE + Ordonnance + Carte Vitale à jour et/ou
attestation du médecin traitant + Carte de mutuelle + Examens antérieurs**