



**AUTORISATION PARENTALE A REMPLIR POUR UN ENFANT MINEUR
POUR LA PRATIQUE D'UN EXAMEN D'IMAGERIE
A ramener obligatoirement le jour de l'examen**

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

- ☐ Père
☐ Mère
☐ Détenteur de l'autorité parentale

N° de téléphone :

autorise l'enfant :

NOM : Prénom :

Né le :

à réaliser son examen d'imagerie médicale le / /

→ En cas d'injection de produit de contraste :

- ☐ Je déclare avoir reçu les informations relatives à l'injection de produit de contraste et autorise en tant que responsable légal, le médecin à administrer un éventuel produit de contraste si besoin pour l'examen.

→ Pour un examen avec une injection de produit de contraste et pour une échographie :

En cas d'absence des parents, l'enfant mineur doit obligatoirement venir accompagné par une personne majeure pour la réalisation de son examen.

- ☐ J'autorise Mme, M (nom prénom)..... 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.

Date et signature du représentant légal :