



**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 :/ / 20.....

☞ 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 produit de contraste et pour une échographie

En cas d'absence des responsables légaux, l'enfant mineur doit obligatoirement venir accompagné par une personne majeure pour son examen.

j' autorise le représentant du ski club-Le Cheylas Mme/M
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