



(15) CHAUMONT POITIERS
 2 RUE PONT MARIA PIA
 86000 POITIERS

Autorisation parentale pour prélèvements d'un mineur

C01-ENR003
 Version : 6
 Applicable le : 23-06-2022



Autorisation de prélèvement
A nous retourner par courriel à : contact@bio86.fr
Ou à déposer au laboratoire.

Date : _____

Je soussigné M. / Mme _____, demeurant
 _____ et agissant
 en qualité de représentant légal, autorise le laboratoire de biologie médicale
 à effectuer des prélèvements sur la personne suivante :

Autorisation de prélèvement
A nous retourner par courriel à : contact@bio86.fr
Ou à déposer au laboratoire.

Date : _____

Je soussigné M. / Mme _____, demeurant
 _____ et agissant
 en qualité de représentant légal, autorise le laboratoire de biologie médicale
 à effectuer des prélèvements sur la personne suivante :

Identité du mineur

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Médecin à contacter en cas de besoin : _____

Identité du mineur

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Médecin à contacter en cas de besoin : _____

Adresse courriel **du représentant légal** pour consulter les résultats sur
 Laboconnect :@.....

Signature du représentant légal du patient :

Adresse courriel **du représentant légal** pour consulter les résultats sur
 Laboconnect :@.....

Signature du représentant légal du patient :