

En absence de consentement le mineur sera orienté vers le CeGIDD Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Je, soussigné(e),

Nom de naissance Nom utilisé

Prénom(s) de naissance..... Prénom utilisé

Date de naissance Sexe (F/M)

Titulaire de l'autorité parentale sur la personne mineure :

Nom de naissance Nom utilisé

Prénom(s) de naissance..... Prénom utilisé

Date de naissance Sexe (F/M)

Atteste autoriser le personnel de santé du laboratoire à procéder au(x) prélèvement(s) et au(x) examen(s) de dépistage proposé(s).

Signature du titulaire de l'autorité parentale :