

Je soussigné(e) (Nom/Prénom) .....

Titulaire de l'autorité parentale sur : (Nom/Prénom) .....

Né(e) le ...../...../.....

Autorise le laboratoire BCH à Clermont l'Hérault à effectuer en mon absence le prélèvement nécessaire aux examens prescrits.

Durée de l'autorisation :

Ponctuelle, jusqu'au ...../...../.....

Permanente

Personne à contacter si nécessaire :

(Nom/Prénom) .....

N° de téléphone.....

Autorise le laboratoire BCH de Clermont l'Hérault à délivrer, en mon absence, le compte-rendu des résultats à (Nom/Prénom).....

Mail : .....

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature :

**Attention :** Tracer dans le dossier patient en commentaire l'information (important, administratif, dossier patient), si ponctuelle ajouter la date de fin.

Document à scanner dans le dossier en divers