

**AUTORISATION PARENTALE A REMPLIR POUR UN ENFANT MINEUR  
POUR LA PRATIQUE D'UN EXAMEN D'IMAGERIE**

**A ramener obligatoirement le jour de l'examen avec l'ordonnance**

**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 :**