

# SERVICE IMAGERIE MEDICALE

## SCANNER

21 avenue Maréchal Joffre  
32100 CONDOM

Rendez-vous : ☎ 05.62.28.48.90

Patient : Enfant PATIENT Anonyme  
Date de naissance : 15/11/2018  
Sexe : F

### CONSENTEMENT DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

*Ce formulaire doit être rempli et signé par le père, la mère ou le tuteur de la personne mineure pour la pratique d'un scanner avec ou sans injection de produit de contraste.*

Père

Mère

Tuteur légal

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... N° de téléphone (fixe ou portable) : .....

#### De l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le. ....

Je consens et autorise la réalisation d'un scanner et si nécessaire à l'injection d'un produit de contraste sur ma fille ou mon fils ou l'enfant mineur dont je suis le tuteur(trice) légal(e) désigné(e) ci-dessous.

Fait à Condom, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur légal

**Le jour de l'examen, veuillez-vous présenter muni de :**

**Cette AUTORISATION PARENTALE + Ordonnance + Carte Vitale à jour et/ou  
attestation du médecin traitant + Carte de mutuelle + Examens antérieurs**