

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

.....,

autorise mon enfant : à :

- Pratiquer un examen radiographique
- Pratiquer un examen échographique
- Pratiquer un examen scanographique sans injection
- Pratiquer un examen scanographique avec injection
- Pratiquer un examen IRM sans injection
- Pratiquer un examen IRM avec injection

Pour faire et servir valoir ce que de droit.

Signature du représentant légal ou tuteur