GIE.VAR.OUEST SCANNER-IRM

TEL : 04.94.89.89.96 - FAX : 04.94.89.89.41

Consentement du parent ou tuteur légal

Je soussigné(e) :

Madame ou Monsieur :

Autorise ce jour l'injection d'un produit de contraste par voie intraveineuse pour la réalisation de l'examen radiologique de ma fille ou mon fils ou de l'enfant mineur dont je suis le tuteur(trice) légal(e).

NOM :

AGE :

Date de naissance :

Fait à Ollioules, le

Signature du parent ou tuteur légal