



Oriade noviale Sce
Qualité
Le rayon vert
2 rue de la Viscose
38130 Echirolles

**Consentement représentant légal
pour prélèvement d'un mineur**

Ref : DOC-161-LBM
Version : 02
Applicable le : 10-10-2018



Je soussigné(e),

Mr, Mme, Mlle :

en qualité de : père mère autre (préciser) :

détenteur / trice de l'autorité parentale, autorise le LBM Oriade noviale à effectuer un
prélèvement biologique sur le mineur ci-dessous :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Demeurant :

.....

.....

Durée de l'autorisation :

Fait à :

Le :

Signature :