


ETIQUETTE SERVICE	 Hôpitaux de Toulouse	ETIQUETTE PATIENT
----------------------	--	----------------------

Formulaire imposé par la loi (*)

OPPOSITION DU MINEUR
Au consentement éclairé du titulaire de l'autorité parentale

Je soussigné(e) Nom :.....
 Prénom :.....
 né(é) le :

Après avoir entendu les explications du médecin, Docteur

Je confirme ne pas souhaiter que les titulaires de l'autorité parentale à mon égard, soient informés de mon état de santé et qu'ils n'aient pas accès aux informations contenues dans mon dossier médical.

Fait le :

Signature

Identification de la personne majeure accompagnant le mineur sus-cité

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

Fait le :

Signature

* Article L 1111-5 du Code de la Santé Publique