

H.I.A. R. PICQUE BORDEAUX	Enregistrement (formulaires et documents)	QUA/ENR 0457 Version : 01
CENTRE DE PRELEVEMENT / VACCINATIONS	<b>Consentement pour vaccination ou prélèvement sur une personne mineure ou majeure sous tutelle</b>	Date application : 09/01/2024
		Page 1 sur 1

Je soussigné

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

agissant en qualité de  père  mère  représentant légal

autorise les vaccinations et / ou les prélèvements d'échantillons biologiques sur la personne de :

**NOM de naissance :**

**Prénoms :**

**Sexe :** M F

**Date de naissance :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fait à Villenaved'Ornon, le

Signature

**Code de la santé publique – article R4127-42**

*Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché. [...].*

*En cas d'urgence, le médecin doit donner les soins nécessaires.*

Le présent formulaire vise à réaliser un recueil de données à caractère personnel destiné à alimenter votre dossier médical (DPI HIA R. PICQUE). Ce traitement répond aux exigences du [RGPD](#) et est régulièrement inscrit au registre des activités de traitement du SSA. (Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données).

