



DIRECTION GENERALE ADJOINTE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ
DÉPARTEMENTALE
Service Actions de Santé

CeGIDD

Opposition d'un mineur au consentement éclairé du titulaire de l'autorité parentale

Je soussigné (e):

Nom, Prénom :

Né (e) 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 :

Téléphone :

Fait le :

Signature

DÉPARTEMENT DES HAUTES-PYRÉNÉES

Hôtel du Département - Rue Gaston Manent – CS71324 - 65013 TARBES Cedex 9
Tél. 05 62 56.78.65 - Fax 05 62 56 78 66 – www.cg65.fr