

Le Quesnoy, le

## CONSULTATIONS – SOINS NON PROGRAMMES

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN MINEUR

### POUR LES ACTES DE SOINS MEDICAUX ET D'IMAGERIE MEDICALE

**Je soussigné(e),**

**Le père :** NOM :

PRENOM :

**La mère :** NOM :

PRENOM :

**Autre représentant légal :** NOM :  
**(préciser la qualité) :**

PRENOM :

donne l'autorisation de pratiquer les actes de soins médicaux et/ou d'imagerie nécessités par l'état de santé de l'enfant :

**NOM :**

**PRENOM :**

Le Quesnoy, le

Signature du père

Signature de la mère

Signature autre représentant légal

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans le dossier médical de l'enfant. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur. Seules les personnes prenant en charge l'enfant et appartenant à l'équipe de soin y auront accès.

Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : [dpo@ch-lequesnoy.fr](mailto:dpo@ch-lequesnoy.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.