



## AUTORISATION LEGALE

### DES MINEURS À L'EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE

Ce document concerne les mineurs « **non accompagnés** » de leur représentant légal lors de l'Examen Périodique de Santé (EPS).

Il doit être rempli par le représentant légal et rapporté par le bénéficiaire de l'EPS au Centre de Médecine Préventive **au plus tard le jour de l'examen de santé pour que celui-ci puisse être réalisé.**

#### Je soussigné(e),

Mme, M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

☐ Père ☐ Mère ☐ Mandataire

#### Certifiant agir en ma qualité de représentant(e) légal(e) de :

Mme, M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

#### J'ai pris connaissance :

- du contenu et du déroulement de l'EPS au travers du document d'information « Guide du consultant » transmis à la personne que je représente.
- de la possibilité d'obtenir tout renseignement à ce sujet en appelant le 03 83 44 87 50 de 8H00 à 20H00.

#### J'ai pris acte :

- que je serai destinataire des résultats de l'EPS de la personne que je représente,
- que j'ai le droit d'accéder à son dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix, et au besoin de rectifier les informations la concernant,
- que la personne que je représente sera informée, selon ses facultés de compréhension, du déroulement et des résultats de son examen par le personnel de l'UC-CMP.

**Je consens, en conséquence, à ce que la personne que je représente bénéficie d'un Examen Périodique de Santé.**

#### Je souhaite que les résultats soient également envoyés :

- Au médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale ☐ Oui ☐ Non

Nom du Médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

- A un professionnel de santé de la structure, si le bénéficiaire de l'EPS réside en institution médico-sociale ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature du représentant légal :

Vos droits reposent sur la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et sur la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Vous avez le droit d'accéder à l'ensemble des informations vous concernant et demander à ce qu'elles soient rectifiées, complétées, mises à jour ou effacées.

Pour tout renseignement, veuillez-vous adresser à Monsieur le Directeur du Centre de Médecine Préventive, 2 rue du Doyen Jacques Parisot – 54500 Vandœuvre-lès-Nancy