 

Autorisation pour les mineurs **non accompagnés** de leurs parents ou de leur tuteur légal

Votre enfant mineur souhaite accéder aux informations de prévention, au dépistage anonyme et gratuit pour le VIH et/ou au dépistage d’autres infections sexuellement transmissibles dont le diagnostic peut nous amener à proposer une prise en charge thérapeutique.

Ces actes de prévention, de dépistage et de soins relatifs aux VIH, aux hépatites virales, aux IST peuvent être pratiqués à la condition que les titulaires de l’autorité parentale en soient informés et y aient consenti au préalable en vertu des articles 371-1 et 371-2 du code civil.

 Seul un médecin est autorisé à pouvoir déroger au recueil du consentement des titulaires de l’autorité parentale, dans le cas où la personne mineure s’oppose expressément à l’information de ses parents afin de garder le secret sur son état de santé selon l’article L.1111-5 du code de la santé publique. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d’une personne majeure de son choix.

L’anonymat de la prise en charge peut être demandé par l’intéressé lors du dépistage.

Dans le souci de vous associer à la démarche de votre enfant, nous vous invitons à compléter cette autorisation.

**Je soussigné(e), Monsieur, Madame (1) :**

**En qualité de père / mère / tuteur légal (1)**

**Autorise le Centre d’Education Prévention Santé (ou Dépist’Ouest) du Centre Hospitalier Gabriel Martin à délivrer les soins nécessaires à mon enfant :**

**Nom : …………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………**

**Date de naissance : ..……../………./………..**

**Fait à …………………………………………………………… Le ……………………………………………………….**

**Signature du (ou des) parent(s) ou du tuteur légal**

*Cette autorisation n’est valable que si elle est convenablement remplie par le parent signataire (ou tuteur légal).*

1. *Veuillez rayer la mention inutile*