



# CABINET D'IMAGERIE MEDICALE DE LA MODER

## CIM DE LA MODER – SELARL

Dr D. KLEINCLAUS – Dr M. FOESSEL – Dr D. NEY-DUPONT – Dr A. GYSS  
Dr S. THIRIAT – Dr L. FOESSEL – Dr S. EYERMANN – Dr A. SCHULTZ  
Collaboratrice : Dr B. MUGEL

[radiologiesainteodile.fr](http://radiologiesainteodile.fr)

### Cabinet d'Imagerie Médicale

*Espace Sainte Odile*

2 rue de la Moder

67500 HAGUENAU

Tél : 03.88.73.31.39

Fax : 03.88.73.23.33

### Cabinet d'Imagerie Médicale

*Clinique Sainte Odile*

6 rue des Prémontrés

67500 HAGUENAU

Tél : 03.88.63.47.47

Fax : 03.88.63.94.19

### Cabinet d'Imagerie Médicale

15 rue des Quatre Vents

67160 WISSEMBOURG

Tél : 03.88.94.07.10

Fax : 03.88.54.39.24

### Scanner Inter-Cliniques

**de la Moder**

1 rue Colomé

67500 HAGUENAU

RDV : 03.88.73.31.39

RDV : 03.88.63.47.47

## AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur,

Vous avez pris rendez-vous pour examen radiologique de votre enfant. Lors de la réalisation de l'examen, vous devez être présents et présenter une ordonnance de votre médecin.

Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, merci de prévenir le personnel médical.

Si vous ne pouvez pas assister à l'examen, votre enfant devra venir accompagné et présenter l'autorisation parentale dûment signée.

## CONSENTEMENT

*Document à ramener le jour de l'examen signé.*

Monsieur ou Madame..... né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Demeurant.....

.....

Code postal \_\_ - - - -

Ville.....

Téléphone : - - - - -

Portable : - - - - -

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame..... autorise mon enfant..... à réaliser l'examen radiologique.

Signature :