

AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR ETUDIANT MINEUR**Je, soussigné(e),**

Nom du représentant légal du mineur :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

.....

 Autorise **N'autorise pas****A faire pratiquer les soins médicaux et chirurgicaux nécessités par son état, à faire hospitaliser en cas d'urgence et à faire bénéficier des vaccinations recommandées :**Mon fils / ma fille / ma pupille (barrer la mention inutile)

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Date et signature du représentant légal :