

AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR UN ETUDIANT MINEUR**Je, sous-signé (e)**

Nom du représentant légal du mineur :

Prénom :

Adresse :

Mobile :

 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 (rayer la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date et signature du représentant légal :