

AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR UN ETUDIANT MINEUR

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur :

Prénom :

Adresse postale :

.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date et signature du représentant légal :