

**AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR
UN ETUDIANT MINEUR**

Je soussigné.e.,

Nom du représentant légal n°1 du mineur :

Nom :Prénom :

Adresse postale :

Téléphone domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse mail :

Nom du représentant légal n°2 du mineur :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Téléphone domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse mail :

Autorise

N'autorise pas

À faire pratiquer les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires par son état, à faire hospitaliser en cas d'urgence :

Mon fils

Ma fille

Ma pupille

Nom : Prénom :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Date et signature du ou des représentants légaux :