

**AUTORISATION POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES DE
LEURS PARENTS OU DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné (e), Monsieur, Madame.....

En qualité de père/mère/tuteur légal (1).....

Autorise Monsieur Nébot Jimmy à faire le nécessaire auprès des services médicaux
et autorise les services médicaux à délivrer les soins nécessaires à mon enfant :

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :

Fait à

Le.....

Signature du parent ou du tuteur légal :