autorisation d'acte médical

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

AUTORISATION D'ACTE MÉDICAL SUR UN ÉTUDIANT MINEUR

Je, sous-signé(e),

Nom du représentant légal du mineur :
……
Prénom :
……
Adresse :
……
Téléphone :
……

- ☐ autorise
- ☐ **n'**autorise **pas**

à 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 fil / ma fille / ma pupille (barrez la mention inutile)

Nom :
……
Prénom :
……
Date de naissance :
……

Date et signature du représentant légal :

À renvoyer avec les autres pièces justificatives au moment de l'inscription sous enveloppe fermée à l'attention du service médical de l'UFR

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
55 avenue de Paris — 78035 Versailles Cedex