

**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 le Centre Médical de l'Institut Pasteur de Paris à délivrer les soins nécessaires à mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fait à _____ **Le** _____

Signature du parent ou du tuteur légal:

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du parent signataire (ou tuteur légal).

Elle peut être remise en main propre à l'accueil des consultations ou envoyé par FAX au : 01 40 61 38 90.

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles