



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145  
62604 BERCK SUR MER Cedex  
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

## AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR UN ETUDIANT MINEUR

Année universitaire 2022-2023

Je soussigné(e), en tant que représentant légal,

Nom : ..... Prénom : .....

Domicilié(e) à :

.....  
.....

Téléphone : ..... 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

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date et signature du représentant légal :



Région  
Hauts-de-France



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145  
62604 BERCK SUR MER Cedex  
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

**AUTORISATION D'EFFECTUER**  
**LE STAGE DU SEMESTRE 1**  
**DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**POUR UN ETUDIANT MINEUR**  
Année universitaire 2022-2023

Je soussigné(e), en tant que représentant légal,

Nom : ..... Prénom : .....

Domicilié(e) à :

.....  
.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

- Autorise**  
 **N'autorise pas**

A effectuer le stage du semestre 1 de la formation en soins infirmiers :

- Mon fils  
 Ma fille

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date et signature du représentant légal :



Région  
Hauts-de-France