



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

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur :

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 :



Qualiopi 
processus certifié
■ ■ ■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes :
- actions de formation
- actions permettant de valider des acquis de l'expérience



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

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur :

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 :