



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 PARENTALE (ANNEXE 4)

### ACTE MEDICAL SUR UN ETUDIANT MINEUR

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 :





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), 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 :

