

**AUTORISATION POUR LES MINEURS
NON ACCOMPAGNÉS DE LEURS PARENTS
ou DE LEUR TUTEUR LÉGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : _____

en qualité de père / mère / tuteur légal (1)

autorise le Centre Médical Ophtalmologique Point Vision

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 doit être remise en main propre à l'accueil du centre le jour de la consultation.

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles