

**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