

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné

Nom :

Prénom :

En qualité de : Père – Mère – Représentant légal (Rayer les mentions
inutiles)

Représentant légal de

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Autorise le personnel de la 109^o Antenne Médicale,

à réaliser tous les actes médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaire dans
le cadre de son incorporation ou de ses soins durant sa formation.

A (ville) :

Le (date) :

Signature,

Du père :

De la mère :

Du représentant légal :

13^o Centre Médicale des Armées/ 109^o Antenne Médicale

ENSOA – Quartier coiffé – 79404 Saint Maixent l'école

Tél : 05.49.76.83.83

PNIA :865 791 83 83

[Mail : cma13-am109-prise-de-rdv.trait.fct@intradef.gouv.fr](mailto:cma13-am109-prise-de-rdv.trait.fct@intradef.gouv.fr)