

Je soussigné(e), Mr – Mme , responsable légal de l'enfant
..... autorise le Dr à
contacter la CPTS Madinina pour la prise en charge coordonnée de mon enfant ainsi qu'à communiquer
mes coordonnées.

Père - Mère de l'enfant - Responsable légal (nom et prénom)
Enfant (nom et prénom)
Numéro de téléphone
Adresse e-mail

Fait le à

Signature