



2^e CENTRE MEDICAL DES ARMEES
11^e Antenne médicale
École Polytechnique



AUTORISATION PARENTALE POUR LES CANDIDATS MINEURS

Je soussigné(e), Monsieur, Madame :

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

autorise le médecin militaire de la 11^{ème} antenne médicale au sein de l'École Polytechnique à réaliser la visite médicale d'expertise initiale préalable à l'engagement à mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Fait à Le

Signature du parent ou du tuteur légal :

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles