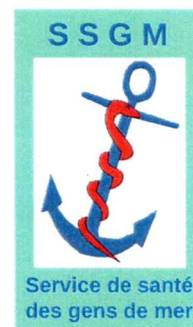




**SECRETARIAT D'ÉTAT  
CHARGÉ DE LA MER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



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

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : \_\_\_\_\_

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

autorise le médecin et l'infirmier du Service de Santé des Gens de Mer à réaliser l'examen de mon enfant afin de déterminer son aptitude à la navigation :

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 sera à présenter lors de la consulation.

*(1) Rayer les mentions inutiles*