

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS POUR MINEUR

Je soussigné(e),..... Née le

Certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale (tuteur légal), autorisant la
thérapie et l'accompagnement fournie par la thérapeute **Alicia Mosteau** en Médecine
traditionnelle Européenne sur mon enfant :.....Née le

La thérapeute s'engage à se tenir aux règles de déontologie et à la réglementation en
vigueur, à maintenir la confidentialité de toutes les informations partagées par le patient et
ses parents/tuteurs, et d'informer les parent(s)/tuteur(s) et le patient de manière claire et
honnête sur les approches thérapeutiques proposées, leurs bienfaits potentiels et leurs
limites.

Signature du thérapeute :

.....

Lieu et date :

Signature de l'enfant :

Signature(s) parent(s) :

.....

.....

.....

