**Attestation relative à une demande d’aide médicale de l’Etat pour une personne se déclarant mineure non accompagnée et ne disposant pas de pièce d’identité**

Je, soussigné(e) …………………………………………………………………………… *[Nom et prénom]*

en qualité de ……………………………………………………………………………………. *[Profession]*

atteste que ………………………………………………………………………….*[Nom et prénom du jeune]*

déclarant être né(e) le ………………………………………………………….*[Date de naissance du jeune]*

à …………………………………………………………………………*[Ville et pays de naissance du jeune]*

se présente comme mineur(e) non accompagné(e).

L’évaluation de la minorité et de l’isolement familial étant en cours, il/elle demande à pouvoir bénéficier de l’aide médicale de l’Etat, en tant que mineur. Ce statut le/la dispense de remplir la condition de séjour irrégulier et ininterrompu de trois mois.

Fait à……………………………………………………………………………………………………………………………………………*[Ville]*

Le……………………………………………………………………………………………………………………… *[Date de l’attestation]*

Signature et cachet de la structure