**Priorisation de l’instruction de la demande d’AME pour une personne se déclarant mineure et non accompagnée**

**Attestation relative à une demande d’aide médicale de l’Etat pour une personne se déclarant mineure et non accompagnée et permettant de prioriser l’instruction de la demande formulée**

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

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

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

a fait l’objet d’une évaluation de ses besoins de santé dont il ressort qu’une prise en charge médicale est nécessaire.

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

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

Signature et cachet de la structure