

**AUTORISATION PARENTALE
POUR UN BILAN PSYCHOLOGIQUE**

- NOM DE L'ELEVE _____
 - PRENOM _____
 - DATE DE NAISSANCE _____
 - CLASSE _____
 - ETABLISSEMENT _____
- NOM DU PERE _____
- ADRESSE _____
- NOM DE LA MERE _____
- ADRESSE _____

Acceptent que leur enfant rencontre le psychologue de la DDEC

N'acceptent pas que leur enfant rencontre le psychologue de la DDEC

A _____ le : _____

Signatures des responsables légaux

Le PERE

La MERE