

AUTORISATION PARENTALE ou REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de : mère ; père ; tuteur

Tél. :

E-mail :

Autorise l'enfant / l'adolescent (e) :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

A bénéficié des consultations psychologiques proposées en ligne par Visio, Tchat ou par téléphone auprès d'Audrey Mongeot, Psychologue clinicienne et Psychothérapeute diplômée.

Fait à :

Le :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »)