

AUTORISATION
D'ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE INDIVIDUEL
EN MILIEU SCOLAIRE

Réseau d'Aide : 05 46 87 04 89

Je soussigné(e) _____

Tél :

Responsable légal(e) de l'enfant _____

né(e) le _____

scolarisé(e) à l'école _____

Classe _____

Enseignant _____

autorise Madame PETITJEAN Corine,
Psychologue scolaire,
à recevoir en entretien psychologique
l'enfant sus-nommé(e).

À _____ , le _____

Signature