



AUTORISATION PARENTALE DE SUIVI PAR LA PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

Demande faite par :

- L'enseignant.e :
- Les parents :
- L'équipe pédagogique :
- L'équipe pluridisciplinaire :

Nous, soussigné.e.s Mr et/ou Mme,

parents de l'enfant :,

scolarisé.e en classe de,

chez (nom de l'enseignant.e),

autorisons la psychologue scolaire Héloïse* / Taly* à recevoir notre enfant en individuel.

	Père	Mère
Nom, prénom		
Adresse:		
Téléphone:		
Mail:		
Emploi:		
SIGNATURE :		

Signature de la direction :