

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je, soussigné(e) M./Mme.....

Autorise Madame Carlina MAGNAN Psychologue à recevoir en consultation mon enfant

(Nom, prénom de l'enfant) .....

Dans ce contexte, je m'engage à respecter le caractère confidentiel des échanges entre mon enfant et Mme Magnan.

Fait à ....., le .....

Signature du parent :