**R.A.S.E.D.**

Circonscription de Saint-Gaudens

**Psychologue scolaire:**

**Mme GENEVIEVE Magali**

**tél : 06 24 45 56 92**

à ………………………………, le .......................…………………...

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE** |

Je, soussigné (e)(s) Madame, Monsieur,

............................................................................, responsable(s) légal(aux) de l’enfant……………………………………………............................…, scolarisé(e) à l’école de…………………………………………………

autorise Mme GENEVIEVE Magali, psychologue scolaire, à effectuer :

un  bilan psychologique de mon enfant, dans le cadre de l’école et durant les heures scolaires et m’engage à l’accompagner

à ….h……., le .......................…………… à …………………………………………… .

Tout rendez-vous non honoré ne pourra, en aucun cas, être à nouveau proposé.

Signature(s)

**R.A.S.E.D.**

Circonscription de Saint-Gaudens

**Psychologue scolaire:**

**Mme GENEVIEVE Magali**

**tél : 06 24 45 56 92**

à ………………………………, le .......................…………………...

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE** |

Je, soussigné (e)(s) Madame, Monsieur,

............................................................................, responsable(s) légal(aux) de l’enfant……………………………………………............................…, scolarisé(e) à l’école de…………………………………………………

autorise Mme GENEVIEVE Magali, psychologue scolaire, à effectuer :

un  bilan psychologique de mon enfant, dans le cadre de l’école et durant les heures scolaires et m’engage à l’accompagner

à ….h……., le .......................…………… à …………………………………………… .

Tout rendez-vous non honoré ne pourra, en aucun cas, être à nouveau proposé.

Signature(s)