

Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du Var

14 rue Chalucet - 83000 TOULON
TÉL : 04.94.22.66.39 - FAX :04.94.91.73.65

AUTORISATION PARENTALE

*Le bilan psychologique sera réalisé uniquement
si les deux signatures (du père ET de la mère)
sont présentes sur ce document*

Nous soussignés M.....

acceptons / n'acceptons (1) pas que notre enfant :
..... scolarisé en classe de :, à l'école :
....., ville :
soit vu par Madame Catherine RENARD, Psychologue de l'Education à la
Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du Var.

Nous souhaitons / ne souhaitons pas (1) rencontrer Madame
RENARD suite à son entrevue avec mon enfant, le jour
même :
à l'école, à 11 h , à 16 h ,
ou à la Direction Diocésaine sur rendez-vous .

Fait à :

Le :

Signature du père

ET

Signature de la mère

(1) Cochez la case qui correspond à votre choix.