

Groupesos

Jeunesse

79, rue de l'Eglise, 75015 Paris
17, rue Jean Poumarch 75010 paris
01 45 57 44 48
service-orientation-specialise@groupe-sos.org

AUTORISATION PARENTALE OU DU REPRESENTANT LEGAL

Madame.....

Monsieur.....

Père, Mère, Représentant légal (*Rayer les mentions inutiles*)

Autorise
à être reçu(e) par un psychologue au Service d'Orientation Spécialisé du Groupe SOS
Jeunesse et éventuellement à y passer des tests.

A :

Le :

Signature(s)

A noter : le représentant légal peut révoquer librement et à tout moment cet accord