

Entretien clinique en ligne
Sanchez Virginie
Route du Vieux village
26510 Sahune
☎ 0665231035
Courriel: mesfleursdepsy26@gmail.com

Autorisation parentale

Je soussigné(e),

Nom:

Prénom:

Tél.:

Autorise mon enfant:

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

dont je suis -le père

-la mère

-le(s) responsable(s) légal(aux)

[rayer la/les mention(s) inutile(s)]

à bénéficier des consultations de Madame Sanchez Virginie, psychologue clinicienne, proposant des consultations par visioconférence et cela par l'intermédiaire du site "mesfleursdepsy.fr".

Par la présente lettre, j'atteste avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site.

Fait à :

Le:

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")