



Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91 boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
[medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr)  
Tel : 01 40 77 95 07

# Autorisation parentale

(Uniquement pour les étudiants mineurs)

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur

Votre nom : .....

Votre prénom : .....

Votre adresse complète : .....

agissant en qualité de  mère  père  autres (préciser) .....

de (nom de l'étudiant(e)) .....

N° étudiant .....

né(e) le .....

Fait à .....

Le .....

Signature