

MAPSYENLIGNE.FR  
PAR  
MÉLANIE SIMON  
PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de :  mère ;  père ;  tuteur

Tél. :

Autorise l'enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

à bénéficier des consultations par vidéoconférence auprès de Mélanie SIMON,  
Psychologue diplômé, par l'intermédiaire du site [www.mapsyenligne.fr](http://www.mapsyenligne.fr).

J'atteste avoir pris connaissance et accepte les Conditions Générales d'Utilisations du  
site.

Fait à :

Le :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvée » )