



Hélène DANIEL
Psychologue de l'Education Nationale
helene.daniel@education.pf
Tél bureau : 40 46 27 67 (joignable hors mission)

AUTORISATION PARENTALE

Entretien et/ou bilan psychologique

Je soussigné (e)..... Mère, père ,tuteur légal,

Enfant : NOM PRENOM..... Né (e) le

Scolarisé en classe de Nom de l'enseignant.....

Ecole.....

Autorise Hélène DANIEL, psychologue, à rencontrer mon enfant et pratiquer un bilan psychologique (tests psychométriques) si nécessaire. Les résultats restent confidentiels et pourront être transmis si besoin, après votre accord, aux partenaires extérieurs (paramédical ou médical) qui répondent à la confidentialité des données.

Fait à Le

Signature du responsable légal :