

AUTORISATION DE CONSENTEMENT (mineur)

Je, soussigné(e) :

NOM

PRENOM.....

ADRESSE :

.....

1 Représentant légal du mineur :

NOM

PRENOM.....

ADRESSE :

Autorise par la présente, l'ARERAM IME SAIRIGNE à communiquer tous documents concernant mon enfant sur le plan :

⁵ social,

⁵ éducatif,

⁵ psychologique

⁵ médical

qu'il jugera utiles à transmettre à un autre établissement ou service dans son intérêt, en vue d'une réorientation ou d'un complément de prise en charge.

Fait à : Le :

Signature, précédée de la mention « bon pour accord » :