



Faculté de Santé Sorbonne Université
91 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
medecine-dfs-pass@sorbonne-universite.fr

Autorisation parentale (Uniquement pour les étudiant(e)s mineur(e)s)

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

Votre nom

Votre prénom :

Votre adresse complète :

.....

agissant en qualité de ☐ mère ☐ père ☐ autres (à préciser)

de (nom de l'étudiant(e))

N° étudiant

né(e) le

Fait à Le

Signature