Année universitaire 2026-2027

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