

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES ENFANTS MINEURS

Ce formulaire doit être rempli par les parents de l'enfant

Je soussigné(e) :

Père : M.

Mère : Mme

OU Tuteur : M./Mme

Détenteur de l'autorité parentale, autorise l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

À s'inscrire à l'Institut d'Études Politiques de Paris (Sciences Po)

En cas d'urgences médicales, j'autorise Sciences Po à hospitaliser mon enfant mineur.

OUI

NON

Fait le :

À :

Signature du ou des parent(s):

Merci de joindre une photocopie de votre carte d'identité ou passeport.

Ce document dûment rempli devra obligatoirement être téléchargé au moment de votre inscription administrative en ligne.