

## AUTORISATION PARENTALE

---

Nom et Prénom du Mineur .....

Âge du Mineur .....

Date de Naissance ..... Lieu de Naissance .....

Par la présente, nous, ses parents et/ou personnes détentrices de l'autorité parentale sur le mineur, autorisons Mme Benhassine Nina – Psychologue, à le prendre en charge dans son cabinet de Psychologue.

Cette autorisation est valide qu'accompagnée de la signature des détenteurs de l'autorité parentale et le temps de la prise en charge du mineur.

Fait à ..... le.....

Nom et Prénom de la mère.....

Signature :

Nom et Prénom du Père.....

Signature :

*Le Cabinet Nina Benhassine met en œuvre un traitement des données à caractère personnel pour la gestion de votre accompagnement, en sa qualité de responsable du traitement. Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services habilités du Cabinet Nina Benhassine et ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants ou prestataires. En application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime relativement à l'ensemble des données vous concernant qui s'exerce par courrier postal à l'attention de Nina Benhassine, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, à l'adresse : 13 rue Saint Martin 94290 Villeneuve le Roi.*