

Chloé MOUSSEAU  
 Thérapeute familiale  
 4 rue André Malraux  
 85150 LES ACHARDS  
 Tél : 0786086716  
[lamothepeute@outlook.com](mailto:lamothepeute@outlook.com)

**AUTORISATION PARENTALE SEANCE DE THERAPIE ENFANT ADOLESCENT -18 ANS\***

Je, soussigné (e)  Madame,  Monsieur,  
 .....

mère,

N° Tél Portable                      email

père,

N° Tél Portable                      email

de l'enfant.....,

autorise

Mme MOUSSEAU Chloé, thérapeute familiale, à effectuer le suivi individuel et/ou familial de cet(te) enfant/adolescent.

à ....., le .....

Signature

\* un document par parent valable pour l'intégralité du suivi

Chloé MOUSSEAU  
 Thérapeute familiale  
 4 rue André Malraux  
 85150 LES ACHARDS  
 Tél : 0786086716  
[lamothepeute@outlook.com](mailto:lamothepeute@outlook.com)

**AUTORISATION PARENTALE SEANCE DE THERAPIE ENFANT ADOLESCENT -18 ANS\***

Je, soussigné (e)  Madame,  Monsieur,  
 .....

mère,

N° Tél Portable                      email

père,

N° Tél Portable                      email

de l'enfant.....,

autorise

Mme MOUSSEAU Chloé, thérapeute familiale, à effectuer le suivi individuel et/ou familial de cet(te) enfant/adolescent.

à ....., le .....

Signature

\* un document par parent valable pour l'intégralité du suivi