



FACULTÉ DE MÉDECINE
PIERRE & MARIE CURIE

Service de scolarité – Département de PAES

91 boulevard de l'Hôpital / 75013 Paris

☎ 01 40 77 95 08

✉ 01 40 77 98 77

scolarite-paes@upmc.fr

Autorisation parentale

(Uniquement pour les étudiants mineurs)

Je soussigné(e) Madame Monsieur

Votre nom :

Votre prénom :

Votre adresse complète :

agissant en qualité de mère père autres (préciser)

de (nom de l'étudiant(e)) né(e) le

autorise à s'inscrire en première année commune aux études de santé à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie pour l'année universitaire 2017-2018.

Fait à Le

Signature du parent