

Demande de contact avec le PMS

Nom et prénom de l'enfant :

Classe :

Coordonnées du parent demandeur

Nom et prénom :



.....



.....



.....

CONTACT



Je souhaite être contacté par un membre de l'équipe PMS

- OUI, peu importe le moment
 OUI de préférence le

JE DONNE L'AUTORISATION AU CENTRE PMS

- De rencontrer mon enfant durant le temps scolaire
 D'effectuer un bilan pédagogique avec mon enfant
 Autre chose :

Raison de la demande : (facultatif)

Fait à

Le

Signatures :