

Institut Universitaire de Langue et Culture Françaises

Autorisation Parentale / Parental Consent

Je soussigné / I :

- NOM Prénom / *LAST NAME First name* :
- Lien familial / *family connection* :
- Adresse en France / *Adress in France* :
- Téléphone / *Phone* :
- E-mail :

Autorise mon enfant / *authorise my child*:

- NOM Prénom :
- Date de naissance / *Date of birth* :
- Lieu de naissance / *place of birth* :

A suivre les cours de français au sein de l'IULCF à l'Institut Catholique de Toulouse (31 rue de la Fonderie, 31000 Toulouse) pour la période du _____ au _____ .

To attend French courses at the IULCF at the Institut Catholique de Toulouse (31 rue de la Fonderie, 31000 Toulouse) for the period from _____ to _____ .

Date :

Signature :

Cette décharge doit être accompagnée de la copie de la pièce d'identité du tuteur / de la tutrice.

This discharge must be accompanied by a copy of the guardian's identity document.