

AUTORISATION PARENTALE

Nom Prénom expéditeur

N° Rue

CP Ville

Téléphone :

Destinataire :

Centre Pénitentiaire

Service des permis de visite

147 rue Lavoisier BP 10482

69665 VILLEFRANCHE SUR SAONE Cedex

Objet : AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Madame ou Monsieur* (indiquez nom, prénom),

.....

Né(e) le (date)à (lieu),.....

Demeurant au (indiquez votre adresse),

N° Rue

CP et Ville

Agissant en qualité de (mère ou père) *, de l'enfant (NOM et prénom et date de naissance)

.....

Autorise Madame ou Monsieur *(NOM, prénom)

.....n° permis de visite

à prendre en charge mon enfant mineur lors des parloirs afin de venir visiter le détenu (NOM, prénom, numéro d'écrou)

.....N°

Fait à (lieu), le (date)

Signature

- P.J. : Photocopie recto-verso Carte d'identité de la personne qui fait l'autorisation
- Photocopie recto-verso Carte d'identité de la personne qui prendra en charge l'enfant mineur

Note : ci-dessus, Madame ou Monsieur , mère ou père*: rayer les mentions inutiles.*