

**AUTORISATION PARENTALE  
POUR MINEUR ÉTRANGER**  
**PARENTAL AUTHORIZATION  
FOR FOREIGN MINOR**

à joindre au dossier administratif

**Je soussigné (e) / I, the undersigned**

NOM (SURNAME)

PRÉNOM (GIVEN NAMES)

DOMICILIÉ(E) À : (ADRESSE ET PAYS)/ DOMICILED AT (ADDRESS AND COUNTRY)

Agissant en qualité de (*Acting as*)

Père (*Father*)

Mère (*Mother*)

Représentant légal (*Legal Representative*)

**De l'étudiant (*Of the student*):**

NOM (SURNAME)

PRÉNOM (GIVEN NAMES)

DATE DE NAISSANCE (DATE OF BIRTH)

**Autorise l'étudiant nommé ci-dessus (*authorize the hereabove student*):**

À participer aux activités (culturelles, sportives, visites...) proposées par l'Institut National des Sciences Appliquées (INSA) de Lyon, EPSCP français sis 20 avenue Albert Einstein à Villeurbanne France et l'association Bureau des Elèves de l'INSA de Lyon sis au 18 avenue des arts à Villeurbanne France durant sa période de scolarité, sur le campus ou à l'extérieur.

*To participate in the activities (cultural, sports, visits ...) proposed by the INSA Lyon, French higher education institution located 20 avenue Albert Einstein Villeurbanne (France) and the Association "Students Office" of INSA Lyon located at 18 Avenue des Arts in Lyon (France), during the period of tuition, on campus or off.*

**Je déclare sur l'honneur/ I declare on honor**

- a) Avoir le plein exercice de l'autorité parentale/ *Having the full exercise of parental authority*
- b) Etre investi du droit de garde ou de la tutelle/ *Having the custody right or guardianship*

J'autorise également les représentants de l'INSA de Lyon et les responsables de l'association « Bureau des Elèves » de l'INSA de Lyon à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

*I also authorize representatives of INSA Lyon and the leaders of the Association "Students office" of INSA Lyon to perform any urgent medical care (including hospitalization) or any action that would prove indispensable in accordance the requirements of the medical consultation.*

**J'atteste que les informations fournies sont conformes à ma situation  
I confirm that the hereabove information is right.**

Fait à, Place

Le, Date

**Fournir une copie de la carte d'identité ou du passeport du responsable légal**

**(copie faisant apparaître la signature)/**

**Please provide a photocopy of the ID of the legal representative (photocopy showing the signature)**

Nota : toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du nouveau code pénal français/

*Any false declaration is liable to imprisonment and fines under articles 441-6 and 441-7 of the french new penal code*