



Université Claude Bernard  Lyon 1

Je soussigné-e  
Nom

Prénom

En qualité de (choisir)

Du/de la mineur-e  
Nom

Prénom

**Déclare l'autoriser à s'inscrire à l'université Claude Bernard Lyon 1 pour l'année universitaire 2024-2025**

ET (choisir)

à souscrire un contrat d'assurance complémentaire auprès de l'une des mutuelles étudiantes agréées.

Fait à

le

*Signature*

En cas d'urgence, merci de me contacter

N° de téléphone portable :

N° de téléphone fixe :

**La production de ce document est obligatoire  
au moment de l'inscription de l'étudiant-e mineur-e**