



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 2026-2027

ET (choisir)

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

Fait à

le

Signature manuscrite

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)**