



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

**DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

**DIRECTION INTERREGIONALE
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE
RHÔNE-ALPES / AUVERGNE**

CENTRE DE DÉTENTION DE ROANNE

**Centre de Détention de Roanne
BLIE
Rue Georges MANDEL
42323 ROANNE Cedex**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Monsieur, Madame autorise
mon/mes enfant(s) :

- Nom - Prénom : né(e) le :
- Nom - Prénom : né(e) le :
- Nom - Prénom : né(e) le :
- Nom - Prénom : né(e) le :
- Nom - Prénom : né(e) le :
- Nom - Prénom : né(e) le :

à rendre visite au parloir du Centre de Détention de Roanne à la personne détenue :

Nom - Prénom : Écrou n° :

accompagné(e)(s) de ou des personnes suivante(s) titulaire(s) d'un permis de visite :

- Nom - Prénom : PV N° :
- Nom - Prénom : PV N° :
- Nom - Prénom : PV N° :
- Nom - Prénom : PV N° :

A :
Le :

SIGNATURE