

AUTORISATION PARENTALE DE SUIVI DE FORMATION pour stagiaire mineur

Je soussignée Madame, Monsieur, Mademoiselle*

.....

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Agissant en qualité de Père – Mère - Représentant Légal*

Autorise Monsieur, Madame, Mademoiselle*

Né(e) le...../...../.....à Dépt.....

A suivre la formation PSC1 qui se déroulera le :

Fait à le

Signature du Père, de la Mère ou du Représentant Légal*

**Rayer les mentions inutiles*

MAJ : 30/11/2022