

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 Préparation aux EPREUVES TECHNIQUES PREALABLES

13/02/2024

12/03/2024

09/04/2024

10/04/2024 (APT)

15/04/2024 (AF HM)

ACTIVITES DE LA FORME option HM

ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

Fait à le

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

MAJ : 22/01/2024