

Si vous êtes mineur...

Nom du représentant légal* :

Prénom du représentant légal* :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Téléphone portable* :

Mail* :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS*

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Responsable de :

Nom : Prénom :

Autorise mon enfant à s'inscrire à une session de formation Assistant Moniteur 1 ou 2 ou 3

Autorise le responsable de la structure à prévenir un médecin en cas de soins d'urgence et prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à, le .../.../....

Signature du responsable

**mentions obligatoires*