

Si vous êtes mineur...

Prénom du représentant légal :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone portable :

Courriel (obligatoire) :

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 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

