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 UC2 du MSN.

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