

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 UC3.1 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

